



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ÉLIDA ARAÚJO DINIZ

PROCESSO DE TRABALHO: ATENÇÃO DOMICILIAR

SÃO PAULO
2020

ÉLIDA ARAÚJO DINIZ

PROCESSO DE TRABALHO: ATENÇÃO DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: DIANA CARLA ROMANO ZAMBON

SÃO PAULO
2020

Resumo

O perfil da população da ESF Benedito Trajano Borges é de indivíduos idosos. Ao iniciar as atividades percebi que não havia data específica para atenção a pacientes domiciliados e síndrome de imobilidade/acamados, que por muitas vezes passavam em consulta somente se houvesse complicações. O objetivo é promover ações voltadas ao processo de trabalho, com enfoque na atenção domiciliar. Dentre as ações as principais são: capacitar a equipe de saúde sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); criar uma agenda/cronograma com dados de todos os usuários com síndrome de imobilidade ou atendidos em domicílio no território; desenvolver visitas domiciliares com os usuários do território, realizando consultas, verificando a posologia e as prescrições, requisitando exames, escuta ativa, orientações gerais, buscando a integralidade e coordenação do cuidado. Como resultados esperados deseja-se que haja uma maior inclusão dos usuários acamados e com síndrome de imobilidade frente ao cuidado na atenção básica a saúde. Melhora no quadro clínico e qualidade de vida, a partir do controle das patologias pré-existentes, bem como a prevenção de quadros agudos. Seguimentos dos pacientes que estavam desassistidos, muitos necessitam somente de uma conversa, interação, visto que não possuem apoio e atenção de seus familiares ou cuidadores.

Palavra-chave

Visita Domiciliar. Promoção da Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Ituverava localiza-se a 71 km de Uberaba Minas Gerais, 100 km de Ribeirão Preto/SP e a 413 km da cidade de São Paulo. Foi fundada em 16 de julho de 1818, e a municipalização se deu em 10 de março de 1885. Trata-se de um município formado pela sede e pelos distritos de Capivari da Mata, São Benedito da Cachoeirinha e Aparecida do Salto. De acordo com o IBGE (2019) apresenta uma população estimada de 41.824 habitantes.

Quanto aos serviços de saúde existentes na região, destaque para a saúde pública, com a Santa Casa que presta atendimentos a população e trata-se de uma instituição que apresenta equipamentos modernos. Além disso, possui Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dez unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF).

O perfil da população é de indivíduos idosos. Sendo que a maioria são portadores de doenças e comorbidades como: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, tabagistas, DPOC, depressão, obesidade, sedentarismo e doenças renais crônicas.

Uma percepção sobre a Unidade de Saúde ao iniciar as atividades é que não havia data específica para atenção a pacientes domiciliados e síndrome de imobilidade/acamados, que por muitas vezes passavam em consulta somente se houvesse complicações.

Além disso o paciente só receberia a visita, se um de seus familiares entrassem em contato com os colaboradores da ESF, pelos ACS ou por telefone, e em virtude de um alto fluxo de pacientes na unidade muitas vezes havia dificuldades em atender esta população.

Após o desenvolvimento de uma reunião com a equipe de saúde da ESF Benedito Trajano Borges com relação ao desenvolvimento de novas políticas e diretrizes relacionadas a atenção domiciliar, e em virtude de haver uma alta demanda da população do território (37 usuários) de doenças e ou complicações que as impossibilitam de buscar a atenção e acompanhamento médico decide-se por trabalhar o processo de trabalho de equipe com enfoque na atenção domiciliar.

Define-se como objetivo geral do projeto de intervenção aqui apresentado a organização e observação das necessidades de saúde dos usuários acamados e domiciliados do território, levando em conta o bem-estar, coordenação do cuidado, prevenção de quadros agudos e atendimentos de urgência.

Já como objetivos específicos: Capacitar a equipe para avaliar a necessidade do usuário/família em receber a atenção médica domiciliar. Organizar um espaço na agenda médica para visitas domiciliares. Incluir outros membros (equipe multiprofissional) da equipe nas visitas.

ESTUDO DA LITERATURA

De acordo com o que estabelece a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar pode ser entendida como modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011)

Ao analisar tal conceito percebe-se alguns importantes fatores para atender a todos os princípios que a atenção domiciliar exige. O Caderno de Atenção Domiciliar ensina que o termo “Modalidade de atenção substitutiva ou complementar”: pode tanto ser entendido como um cuidado prestado em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, como exemplo um hospital, em qualquer outro ponto como a própria residência do indivíduo, ou até mesmo numa UBS (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Sobre as “Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde” traz o entendimento empírico de que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede, como é o caso concreto, a atenção básica a saúde. Nessa perspectiva a SAD deverá ainda observar aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como um de seus objetivos aumentarem o grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares (BRASIL, 2012).

Sobre a “Continuidade do cuidado” é objetivo da atenção domiciliar possibilitar que não haja falhas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a ligação entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio (BRASIL, 2012).

E, por fim, promover a potencialização e transversalidade da atenção quando coloca as necessidades do usuário no centro da atenção, devendo esta, estar integrada à rede de atenção à saúde; de modo que, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estabeleça e pactue fluxos e protocolos em conjunto aos pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

É com base nestes achados da literatura que se deseja implementar um programa de atenção domiciliar que possa atender de forma contínua, e de qualidade os usuários acamados, com síndrome de imobilidade, e com demais agravos que impossibilite a ida à Unidade de Saúde.

AÇÕES

Plano de ação:

- Capacitar a equipe de saúde sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Promover duas reuniões com 3 horas de duração, na própria unidade de saúde, coordenada pela médica da Unidade, utilizando metodologia de roda de conversa, com objetivo de trazer conhecimentos sobre o Serviço de Atenção Domiciliar. Reuniões com intervalo de 7 dias, definindo responsabilidades, objetivos, metas do projeto, agentes de ação, e demais detalhes. Recursos: Caderno do Ministério da Saúde, Slides, Folhetos, caixa de som, microfone, data show, entre outros.

- Criar uma agenda/cronograma com dados de todos os usuários com síndrome de imobilidade ou atendidos em domicílio no território. Esta agenda /cronograma será utilizada como parâmetro de atendimento domiciliar no território. Planeja-se pelo menos uma visita com médico por mês e duas com agentes comunitários de saúde. Recursos: humanos (colaboradores), materiais (transportes).

- Desenvolver visitas domiciliares com os usuários do território, realizando consultas, verificando a posologia e as prescrições, requisitando exames, escuta ativa, orientações gerais, buscando a integralidade e coordenação do cuidado. Pelo menos uma visita domiciliar com o médico e duas visitas com ACS. Recursos: humanos (colaboradores), materiais (transportes).

RESULTADOS ESPERADOS

Deseja-se com este projeto de intervenção que haja uma maior inclusão dos usuários acamados e com síndrome de imobilidade frente ao cuidado na atenção básica a saúde. Que também haja uma melhora no quadro clínico e qualidade de vida, a partir do controle das patologias pré-existentes, bem como a prevenção de quadros agudos. Sendo assim, através das visitas pretende-se reduzir a auto medicação e o uso indiscriminado de medicamentos. De maneira que contribuiremos com a cura ou melhora do quadro clínico ou simplesmente proporcionaremos o conforto. As visitas domiciliares ajudarão no seguimento dos pacientes que estavam desassistidos, muitos necessitam somente de uma conversa, interação, visto que não possuem apoio e atenção de seus familiares ou cuidadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ituverava. 2020.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ituverava>> Acesso em 25 de março de 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS - modelagem a partir das experiências correntes**, n. 1, 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.