PREFEITURA DE CAMPINAS | SECRETARIA DE SAÚDE

SUS

UNICAMP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA | COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA

ORGANIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO CENTRO DE SAÚDE BOA ESPERANÇA

Autor(a): Isabela Gomes Álvares

Email de contato: bella.galvares@gmail.com

Orientador(a): Isabel Seregatto

Introdução

A realização da Visita Domiciliária (VD) constitui um instrumento de grande importância no Programa de Saúde da Família (PSF), pois ela é uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para corresponder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para se locomover aos serviços de saúde. A VD vem ganhando visibilidade e tem sido apontada como importante veículo de operacionalização dentro do PSF, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar[1].

Com base no princípio da territorialização, a Equipe de Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção[2]. Porém, a VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação[3].

Objetivos

Geral: Garantir o acesso e assistência adequada a todos os usuários acamados ou com dificuldades de locomoção residentes no território de abrangência do Centro de Saúde Boa Esperança

Específico(s):

•Identificar no território do Centro de Saúde Boa Esperança todos os usuários acamados ou com dificuldades de locomoção para inseri-los no programa de Visita Domiciliária.

•Realizar o cadastro destes usuários no e-SUS e em planilha de controle.

•Realizar Visita Domiciliária para todos os pacientes identificados a fim de tomar conhecimento sobre o quadro de saúde apresentado, contexto familiar e condições socioeconômicas.

•Programar de forma adequada e sistemática os retornos da Equipe de Saúde à residência, bem como definir o profissional responsável por cada retorno.

•Garantir cuidado continuado e longitudinal a todos os pacientes que não possuem condições para ir até a Unidade Básica de Saúde

Método

Local: Centro de Saúde Boa Esperança. Município de Campinas.

Profissionais envolvidos: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeira, Técnico de enfermagem, Coordenador e demais profissionais da equipe.

Ações:

Descrição da Situação-problema: O número de usuários que eram acompanhados em seus domicílios era pequeno em relação à população adscrita - cerca de 10 pacientes. Não havia cadastro recente dos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção, existia apenas um cadastro por meio de “caixinha”, porém desatualizado – haviam vários usuários cadastrados já falecidos ou que haviam recebido alta da visita domiciliária por melhora do quadro apresentado. Não existia nenhuma forma de controle a cerca da periodicidade com que cada usuário deveria receber visita domiciliária. Casos novos raramente eram identificados no território pelos ACS, geralmente, a família do paciente era quem procurava a Unidade de Saúde para solicitar Visita Domiciliária.

Desenvolvimento do Projeto:

•Primeiro passo: Identificação dos pacientes elegíveis para a VD no território – Realizado pelos ACS.

•Segundo passo: Realizado VD para conhecer todos estes pacientes e identificar a complexidade de cada caso – Realizado pela Enfermeira e Técnico de Enfermagem.

•Terceiro passo: Elaborar planilha de cadastro destes pacientes e controle da periodicidade de visitas, e definir o profissional responsável por cada retorno.

•Quarto passo: Organização, atualização e gerenciamento contínuo da planilha pela Enfermeira para garantir os retornos dentro do prazo programado e coordenar as ações propostas para cada paciente.

Resultados

➢População cadastrada antes da intervenção: 10 pacientes.

➢ População cadastrada após a intervenção: 25 pacientes.

➢Perfil da população atualmente cadastrada:

•Sexo Masculino: 12 de 25 pacientes: 48%

•Sexo Feminino: 13 de 25 pacientes: 52%

•Média de idade: 74 anos (Paciente mais novo com 47 anos e paciente mais velho com 98 anos).

➢Principais diagnósticos:

Diagnóstico principal	Nº de pacientes
Sequela por paralisia cerebral no nascimento	2
Sequela por acidente (causa externa)	2
Senilidade/demência senil	8
Deambula com dificuldade por causas osteoarticulares	4
Deambula com dificuldade devido Parkinson	1
Sequela AVE	2
Sequela meningite	1
Linfoma	1
Sequela após pós-operatório com internação prolongada	1
Dificuldade para vir ao CS por questões sociais	3

Referências

1 - Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.

2 - Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA *et al.* Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

3 - 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, 2012.2 v. : il.