

Relatoria do GESF Módulo Visita Domiciliar



Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Marcelo Dias Freitas
Marcovani José de Sá – Médico CS Lindéia
Meire Maria Guedes de Sá – Enfermeira CS Campo Alegre
Maria Borges Dias – coordenadora do Programa de Assistência Domiciliar da SMS.

Helvécio Miranda Magalhães Jr.
Secretário Municipal de Saúde

Boa Noite. Desculpando por não ficar o tempo todo. Primeiro módulo estava viajando. Registrar do ponto de vista institucional a clara intencionalidade em fase final de finalização jurídica de estabelecer um termo de compromisso de cooperação técnica entre a SMS e a Sociedade. É uma entidade representativa e científica, e nos parece que a interação com a gestão é produtiva para ambas as instituições. Há espaços próprios da gestão e da entidade, mas há uma série de momentos interessantes comuns a serem feitos juntos, e a participação de membros da SMS nessas reuniões já é um indício dessa interação. Com o intuito de perenizar as equipes da rede, o processo de qualificação não tem fim, deve ser dada uma continuidade, e tudo isso contribui para a melhoria da qualidade, do cuidado, da atenção. Queria mais publicamente reafirmar a nossa posição, este é o caminho. Haverá ainda o Edital do 2º concurso em Saúde da Família, esperamos uma estabilidade das equipes para ganhar em qualidade.

Esse tema, em particular, é um dos exemplos claros do que podemos fazer para garantir na prática o discurso da integralidade, tema que ancorado na APS, que faz uma liga e tem uma participação importante entre os diferentes níveis da atenção. Há interação com níveis secundário e terciário, com o pronto atendimento, a retaguarda hospitalar, a parte da internação domiciliar tem a ver com o hospital, mas quando conseguirmos integrar todas as nossas ações tendo este modelo de atenção focado no indivíduo e na família, o que é mais difícil, ganha o sistema como um todo, ganha o usuário, ganha o profissional. O CONASEMS está brigando pela aprovação no MS da portaria de atenção domiciliar que foi aprovada na tripartite e no CNS. Que se viabilizada, nos daria uma condição maior. Quanto mais alternativas e dispositivos de trabalho pudermos ter o profissional fazendo, quanto mais atividades diversificadas, melhor fazemos nosso trabalho. Com o lançamento de nossas diretrizes, é fundamental pactuar dentro das equipes o material, o que servira para fazermos as coisas de uma maneira mais abrangente.

Introdução – Leonardo C. M. Savassi

Satisfeitos com a parceria com a SMSPBH. Nossa função como entidade científica, é contribuir neste processo trabalho, temos muito a contribuir porque somos os representantes dos médicos que atuam em APS, temos todos esses processos de trabalho em discussão em todos os níveis, inclusive o nacional com a SBMFC.

Nada mais natural que a AMMFC venha a oferecer esse conhecimento científico as entidades que o solicitarem

Neste ponto, Belo Horizonte e Minas Gerais tem um papel de vanguarda, porque creio não haver um estado do país onde as entidades conversam tão bem, independente da situação política que venha a aparecer, ou seja, a SES conversa com o COSEMS, conversa com a SMS. Muito disto é o que queremos oferecer no GESF, ou seja, se as entidades conversam tão bem, e os profissionais da ponta tem experiências tão ricas, está na hora de compartilharmos isto e produzirmos nosso conhecimento em conjunto.

Introdução – Marcelo Freitas Dias

A Organização Mundial da Saúde define **Assistência Domiciliar** como: “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”.

Nesse contexto, temos que a VD é uma das ferramentas para a essa provisão deste serviço de saúde, bem como a Int Dom, o atendimento aos egressos. Como ferramenta, vem para nos auxiliar como ferramenta para a população sob nossa responsabilidade. Para que ocorra, deve ser desenvolvida numa forma mais sistematizada, com:

- critérios de inclusão e alta;
- definição do fluxo da assistência;
- definição do cuidador;
- discussão dos casos;
- elaboração do plano de cuidado em equipe e;
- apropriação pelos profissionais dos conceitos e princípios que a caracterizam.

Essa sistematização deve ser feita levando em consideração as capacidades da equipe, do paciente, da família e da comunidade onde a assistência será feita e o contexto está inserido. Se não levamos isso em conta, não conseguimos levar esta atenção com qualidade. Um exemplo de fluxograma de atenção é o apresentado pelo SSC do GHC, que de uma maneira muito simples mostra cada passo dos agentes atuando:



FONTE: GHC, MS (2003)

Esse é só um modelo de organização. Cada serviço deve incorporar o seu.

O alvo da VD pode ser qualquer usuário (criança, adulto, idoso) que não tem autonomia e suporte para ir a US temporário ou permanentemente. Além disso, devemos priorizar os grupos mais vulneráveis: idade avançada doenças crônicas e evolutivas, situações terminais e aids.

Outros dados importantes: necessidade de envolvimento da família com o cuidado, e mais importante, a definição clara do cuidador, sem ele não há como a assistência ser efetivada. Além do consentimento claro da família e sua conscientização.

Definir o objetivo da assistência: cuidados paliativos, cuidados preventivos, cuidados terapêuticos, cuidados reabilitadores.

As mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família têm repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

Marco Teórico – Mariana Borges Dias

Coordenação do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da SMSA-BH

Atenção domiciliar na rede Básica X PAD: uma parceria necessária

Experiência inicial no Hospital Municipal de Betim. O número de leitos de clínica médica não era suficiente, e com isto procurou-se, em 1997, levar estes pacientes para a casa. A VD tem um potencial transformador muito grande, que humaniza o profissional de saúde, e dá bastante satisfação pessoal.

“A casa é nosso canto no mundo.

A casa abriga o devaneio, a casa abriga o sonhador, a casa permite sonhar em paz.

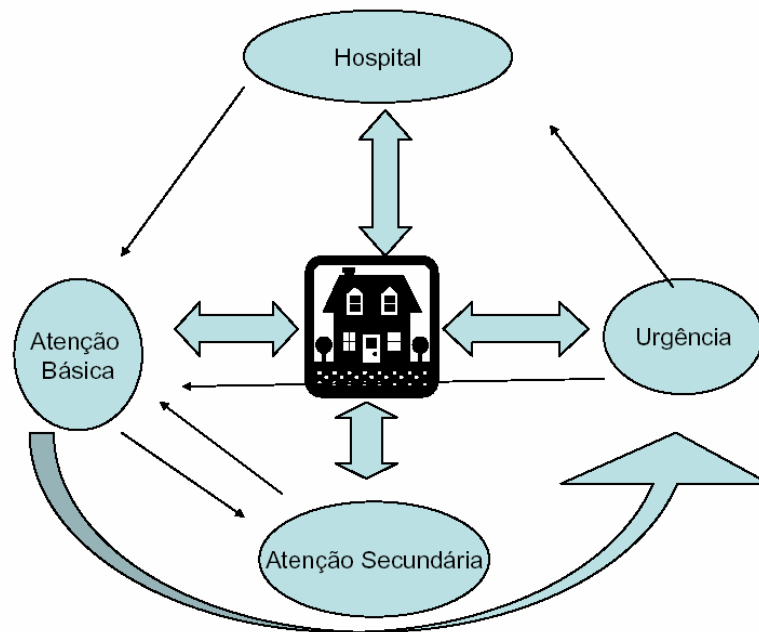
A casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem.

Sem a casa o ser humano seria disperso, jogado no mundo...

(Gaston Bachelard, in A Poética do Espaço)

Atenção Domiciliar i:

- **Privilégio:** Oportunidade de observar e analisar o sujeito inteiro, dentro de sua realidade, suas nuances e particularidades possibilitando intervenções mais efetivas.
- **Responsabilidade:** Fazer pontes adequadas e eficazes entre todas as esferas da assistência, para garantir a continuidade do cuidado. A casa está na esfera central de todas as ações, está no centro de todos os níveis.



Diretrizes do MS/2004

- A proposta de Assistência domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Nova forma de pensar.

Complexidade do trabalho no domicílio:

- Trabalhar com famílias em situações de vulnerabilidade nos mais diversos graus;
- Atender pessoas com privação, temporária ou definitiva, da mobilidade e autonomia;
- Construir redes de apoio a cuidadores extenuados; São Paulo está formando uma rede de cuidadores comunitários.
- Executar no domicílio planos terapêuticos baseados em evidências de ponta;
- Determinar o cuidado pela demanda do paciente, não pela patologia, grupo etário ou área de risco;
- A demanda muitas vezes é gerada pelo sistema de Saúde insuficiente na promoção da integralidade;
- Ausência de retaguarda física da Instituição, exigindo postura diferente na casa do outro (não somos nesta etapa os senhores doutores, mas uma visita que humildemente se coloca na casa do outro, o que não é ensinado na academia);
- Requer, em muitos casos, a prestação de cuidados assistenciais e sociais, necessitando boa conexão entre ambos e promoção de efetiva intersetorialidade, via rede social de apoio.

Princípios de Atenção Domiciliar

- Abordagem integral ao paciente e à família
- Consentimento da família, participação do usuário e existência de cuidador (consentimento informado/termo de adesão). A participação é fundamental.
- Trabalho em equipe/interdisciplinariedade
- Territorialização para adscrição da clientela
- Inserção nas políticas de saúde e social locais
- Estímulo às redes de solidariedade e formação de parcerias

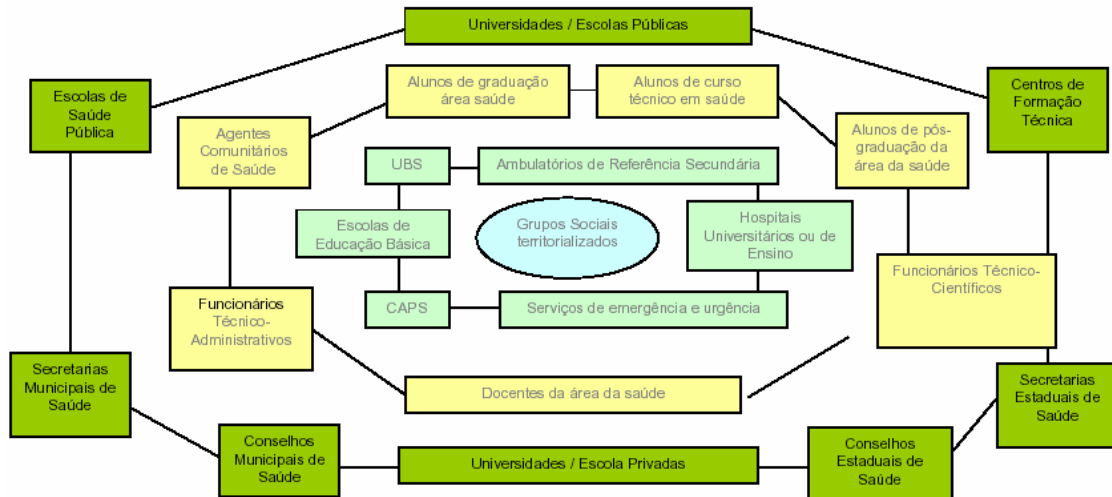
Desafios na implementação da Atenção Domiciliar:

- Realizar a assistência integral à saúde do indivíduo, que beneficie também a família e a comunidade, promovendo o desenvolvimento da mesma;
- Resgatar e potencializar esta modalidade de assistência, ainda muito desacreditada pelos médicos principalmente. Transformar gradativamente o modelo médico-centrado e hospitalo-centrado em usuário-centrado. a academia ainda não ensina o cuidado, e mesmo os profissionais de saúde pensam que as coisas serão resolvidas dentro do hospital. A rede é substitutiva.
- Implementar a educação permanente em Saúde, problematizando as atuais práticas assistenciais para tentar reinventar uma abordagem mais cuidadora e humanizada, mais integrada com toda a rede e mais resolutiva. Fazer atendimentos mais identificados com as culturas.
- Incorporar instituições de ensino (docentes e estudantes) num processo de trabalho focado na realidade, dentro do domicílio e da comunidade. Inclusive os centros de residência e especialização. O saber científico da academia está totalmente divorciado da prática da SF.
- Trabalhar pelo máximo de contato multiprofissional, incorporando diversos saberes e capacidades criativas para abertura de novos cenários de possibilidades na prática do cuidado e proteção à saúde.
- Organização e operacionalização, com articulação de todos os níveis de atenção e de todas as instituições públicas portadoras desta modalidade de Atenção.

Noção clara de rede:

1) única, descentralizada, de produção da integralidade em saúde, no interesse radical dos usuários.

2) Sem hierarquia vertical, organização em círculos, diagramas ou malhas do cuidado, com os usuários no centro:



Modalidades propostas

• **Atenção Domiciliar:** termo genérico que envolve ações de promoção ,prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde em domicílio. Mesmo um ACS fazendo orientações de vigilância se caracteriza como atenção.

• **Assistência Domiciliar:** engloba visitas regulares e por diversos profissionais, de acordo com a necessidade de cada caso. Dirigido a pacientes crônicos,incapacitados e sem autonomia que provavelmente vão requerer cuidados para o resto da vida. É uma atribuição habitual da equipe de PSF. A colaboração de um cuidador é primordial.

• **Internação domiciliar:** destinada a pacientes que exijam atenção muito frequente (até diária) da equipe de Saúde, exclusiva para tal. São casos agudos/agudizados, cuja hospitalização poderá ser evitada desde que seja assegurada assistência de complexidade compatível com a necessidade do caso no domicílio. A internação hospitalar poderá inclusive ser solicitada pela equipe se agravamento do quadro. Há exigência de um hospital de retaguarda.

Assistência no domicílio: PSF X PAD, o que vai definir?

- Perfil do paciente (crônico x agudo)
- Diferenças de estrutura solicitada para a internação.
- Complementariedade para garantir a linha de cuidado continuado. O PAD e o PSF devem funcionar em conjunto.
- Em discussão: pacientes de alto risco em áreas de baixo risco e estratégias para regiões com maior porcentagem de acamados

Assistência domiciliar na Atenção Básica tipo I (AD1) – podem ser realizadas pelo PSF:

- Indivíduos com problemas de saúde controlados e compensados, com algum grau de dependência nas atividades de vida diária, com dificuldades para se deslocar até o centro de saúde.
- Maior espaçamento entre as visitas.
- Não necessitar procedimentos e técnicas de maior complexidade.
- Não necessitar visitas médicas frequentes.

Exemplos de assistência domiciliar pelo PSF:

- Portador de doença crônica restritos ao leito ou restritos ao lar;
- Fase terminal (questionável) – deve-se discutir se o PSF tem condições de acompanhar este paciente até o fim.
- Idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Egressos hospitalares estáveis (questionável), porém sugere-se interface com o PAD.
- Outros (doença mental (questionável), curativos, coleta de material para exames, administração de medicamentos ou imunobiológicos, manutenção/troca de sondas)

Visita domiciliar (fonte SSI e GHC)

- É o instrumento de realização da assistência domiciliar
- Na rede básica deve ser planejada
- Nos PADs muitas vezes será demanda de Urgência, porém, como na Atenção Básica, será programada pelo plano terapêutico elaborado em equipe e centrado nas necessidades daquele paciente.

Planejando a visita:

1. Ter claro o objetivo daquela visita (assistencial, educativa, avaliação, busca ativa, etc);
2. Avaliar o prontuário prévio;
3. Fazer anamnese com o solicitante sobre o motivo da solicitação de visita;
4. Avaliar se há condições de manejar o problema apresentado no domicílio;
5. Avaliar grau de urgência e espaçamento entre as visitas;
6. Avaliar qual/quais profissionais da equipe são necessários naquele momento;
7. Anotar endereço com pontos de referência;
8. Levar material/medicações apropriadas;
9. Levar formulários próprios para o registro do atendimento e confecção de prontuário domiciliar. É desejável. E uma cópia do prontuário fica sempre com o paciente, isto é importante para o intercâmbio de informações. E é previsto pela legislação. Mas o serviço guarda a cópia.

Serviços atuais específicos para Assistência Domiciliar do SUS- BH (PADs):

- SMSA: 6 equipes (HOB e 5 UPAs) – centradas nas UPAs, atualmente 7 UPAs em BH, faltando Pampulha e Leste. Equipes com médico, assistente social, enfermeiro e auxiliar
- HC/UFMG: equipe com 12 profissionais nível superior inclusos pediatra, geriatra, etc.
- Rede FHEMIG: 4 equipes (inclui 2 pediátricas/CGP, uma do HJXXIII, e uma do HJK)
- Hospital Sofia Feldman: 1 equipe (recém-nascidos com necessidades especiais)
- PAD AIDS: 2 equipes (Hosp. Eduardo de Menezes/FHEMIG e UPA Norte/SMSA)

Área de abrangência dos PADs em BH SMSA: Idealmente, após aprovação da portaria ministerial, é ter duas equipes por distrito. A territorialização é fundamental, porque agiliza as VDs e aumenta a produtividade.

- UPA Norte- distrito Norte
- UPA Oeste- distrito Oeste
- UPA Barreiro- distrito Barreiro
- UPA Venda Nova- distritos V.Nova e Pampulha (provisoriamente)
- UPA Nordeste-distrito Nordeste
- Hosp. Odilon Behrens- desospitalizados desta instituição ,preferencialmente nos distritos leste, noroeste e centro-sul.
- AIDS: UPA Norte para os distritos Norte ,Leste, Nordeste, Venda Nova e Centro-sul; Hospital Eduardo de Menezes para os distritos Barreiro, Oeste, Noroeste e Pampulha.
- HC/UFMG: desospitalizados do HC em toda a região metropolitana, preferencialmente no distrito centro-sul e adjacências.
- Fhemig (CGP,JXXIII,HJK): desospitalizados das referidas instituições em toda a região metropolitana.
- Sofia Feldman: desospitalizados na região metropolitana.

Metas prioritárias do PAD/SMSA: a idéia é disponibilizar mais leitos principalmente de clínica médica. Um grande número de pacientes permaneceu no hospital por 3 dias, sugerindo possibilidade de internação domiciliar. Há estudos internacionais que demonstram a efetividade da internação domiciliar.

- Ser porta de saída efetiva, resolutiva e humanizada dos Serviços de Urgência (“desupalização”) para casos de baixa e média complexidade passíveis de tratamento no domicílio;
- Promover e apoiar a desospitalização precoce;
- Ser suporte e parceiro das ESF no cuidado de pacientes agudizados no domicílio;
- Realizar intervenções positivas na realidade, dentro de seu processo de trabalho;
- **Capacitar** cuidadores e usuários, dentro de suas realidades sociais e culturais, respeitando e integrando o saber próprio/popular às práticas de saúde;
- Promover progressivamente a AUTONOMIA do sujeito e da família;
- Provocar bom impacto político, social e financeiro;
- Promoção da satisfação do trabalhador através de práticas humanizadoras.

Estratégias de trabalho do PAD na SMSA/ BH

- Atendimento por área de abrangência;
- Co-responsabilização da família (cuidador);
- Planejamento, caso a caso, da necessidade de visitas multidisciplinares (vide ficha de movimento diário/mensal);
- Pactuação bem amarrada com equipes para referência e contra-referência;
- Garantia de retaguarda de: transporte; propedêutica especial ágil; medicamentos especiais e hospitalização se necessário.

Perfil da clientela/PADs –BH:

- Pacientes agudos ou agudizados que necessitem cuidados domiciliares constantes de equipe multidisciplinar até sua estabilização ou recuperação da AUTONOMIA mínima (pessoal ou familiar) em sua vida diária.
- Patologias prevalentes: feridas, sequelados de AVC infectados, transtornos respiratórios, infecções urinárias e nefrites recorrentes, neoplasias e casos fora de possibilidade terapêutica, descompensações de DM e HAS, erisipelas, sinusites refratárias, TVP delimitada.

Hospitalizações em Clínica médica - SUS BH / 2005

(origem e destino BH ,por ordem de frequência)

1-Pneumonia em adulto (3058 casos)

2-Pielonefrite (2213)

3-Diabetes melitus (1034)

4-Hemorragias digestivas (959)

5-DPOC (957)

6-Afecções pancreáticas

7- ICC

8-para primodiagnóstico

9-TVP

10- estreptococcias

Outras causas: Neoplasias(14); AVC(17); HAS(20); vasculopatia periférica(29);

IRC(30); anemia carencial(31).

Dados do primeiro semestre de 2005 – média de permanência maior por causa de grande numero de pacientes com patologias crônicas.

PAD	avaliados	Incluidos	altas	óbitos	Média de permanencia	Obs
Venda Nova	138	57	57	3	>45 dias	Média de acompanhamentos mensais: 21,3
Oeste	117	94	90	2	10-19 dias	Média de acompanhamentos mensais:22,5 casos
Norte	149	133	117	2	>10 dias	Média de acompanhamentos mensais: 29,6 casos
Barreiro	-	-	-	-	-	-
total	404	284	264	7	25 dias	Pacientes acompanhados concomitantemente :73,4

Dados do primeiro semestre/2006 – melhora da cobertura pela abertura de uma UPA, e pelo maior atendimento a agudos.

PAD	avaliados	incluídos	altas	óbitos	Média de permanência	Obs
Venda Nova	101	53	51	2	15,8 dias	Equipe incompleta/paralisada com ausência de dados nos meses de abril e maio. Média de acompanhamentos: 19,5
Oeste	180	169	145	0	10,1 dias	Média de acompanhamentos mensais: 39,8
Norte	170	141	122	3	25,8 dias	Média de acompanhamentos mensais: 34,6
Barreiro	789	123	174	2	7,6 dias	Média de acompanhamentos mensais: 33,6
Total	1240	486	492	7	14,8 dias	Pacientes atendidos concomitantemente por mês: 127,5

Dificuldades encontradas:

- Perfil profissional adequado;
- Não há remuneração diferenciada (pode ser resolvido pela aprovação da portaria);
- Difícil acesso aos domicílios e condições climáticas por vezes desfavoráveis;
- Violência urbana;
- Cultura hospitalocêntrica;
- Portaria do SUS ainda não assinada;
- Sentimento de impotência das equipes frente à miséria vivenciada.

Perspectivas da SMSA/2006:

- Maior intercâmbio intequipes, inclusive com as demais da rede pública não municipal;
- Aprimorar comunicação e fluxos para retaguarda;
- Utilização sistemática de indicadores (inclusive financeiros) para melhor acompanhamento e avaliação do Programa;
- Capacitações periódicas, das equipes e de cuidadores, criando parcerias intersetoriais;
- Adequação à futura portaria do MS, para maior captação de recursos;
- Expansão do PAD (em número e carga horária).
- Central reguladora exclusiva/telemedicina.

Conclusão: Os Serviços de Saúde no domicílio podem exercer um importante papel nas dimensões EDUCATIVA, PREVENTIVA E ASSISTENCIAL, tanto para pacientes agudizados evitando a progressão da doença e suas seqüelas, quanto para pacientes já sequelados, garantindo suporte para o desenvolvimento de uma vida mais saudável, promovendo uma progressiva AUTONOMIA ou até proporcionando uma morte assistida e mais digna. (Pires et al, 2000).

VISITA DOMICILIÁRIA: Criando um laço social **MEIRE MARIA GUEDES DE SÁ**

INTRODUÇÃO

PSF – Modelo assistencial baseado na família e em seu *locus* - o domicílio

Para Egry e Fonseca (2000): “A inserção da família como foco de atuação na política de saúde, como propõe o PSF, entende a família como sujeito do processo assistencial de saúde, definindo o domicílio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extra familiares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução”

Possibilita intervenção efetiva dos problemas detectados detectando os fatores de risco aos quais a família está exposta.

VISITA DOMICILIÁRIA

Estratégia de intervenção na saúde da família.

Permite o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias:

- Número de pessoas
- Relações de trabalho
- Redes de sociabilidade

É uma atividade atribuída a todos os profissionais das equipes do PSF, sente-se a necessidade

Desafio: ausência de sistematização dessa atividade, afim de torná-la mais objetiva, efetiva e resolutiva.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Discutir a visita domiciliária no contexto do Programa Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

- Sistematizar a assistência na visita domiciliária prestada pela equipe multiprofissional.
- Elaborar um roteiro de visita domiciliária.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Realizada a abordagem qualitativa de pesquisa porque possibilita a discussão da visita domiciliária no contexto do PSF;

Realizada Pesquisa bibliográfica e entrevista semi estruturadas com profissionais que atuam no PSF:

1. Como você vê a visita domiciliária no contexto do PSF?
2. Como você planeja a visita domiciliária junto à sua equipe?
3. Você conhece alguma experiência de sistematização de visita domiciliária no Brasil?

ANÁLISE DOS DADOS

- A análise dos depoimentos levou-nos a agrupá-los em 3 categorias:

- 1) A visita domiciliária no contexto do PSF
- 2) Aspectos a serem considerados na visita domiciliária
- 3) Experiências de sistematização da visita domiciliária no Brasil

1) VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DO PSF

O depoimento reafirma o valor da visita domiciliária na qualificação do atendimento às famílias visitadas: “Quando você faz uma consulta durante a visita domiciliar você vai estar olhando o quintal da pessoa, como é a casa, como são as relações, com é a rua. Isso é uma visão muito mais ampla” (E.2). Ou seja, identifica as relações e o status biopsicosocial, todas as relações que o indivíduo tem.

IMPORTÂNCIA DA V.D.

- Permite identificar as condições de saúde e habitação da família;
- Possibilita a percepção das relações intra e extra familiares;
- Permite identificar os recursos que as famílias assistidas dispõem para enfrentar seus problemas.

2) ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA V.D.

Preparação:

- Ficha de cadastramento;
- Reunião da equipe;
- Prontuário do paciente.

Integração da Equipe:

- Discussão e priorização;
- Recursos humanos: sugere-se não realizar a VD sozinha por ser pouco resolutiva.

DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO DA V.D.

Impossibilidade de deslocamento da equipe

Transporte

Ausência de infraestrutura para visitas emergenciais

Importância da participação da família, da comunidade na resolução dos problemas: “A comunidade tem que aprender a resolver os negócios dela também. É o tal da responsabilização.” (E.1)

REDES DE SOCIALIZAÇÃO

Elementos que possibilitam a defesa dos pacientes:

- Conselhos Municipais de Saúde
- Pastoral da Criança
- Pastoral da Família
- Secretarias Municipais de Educação e Meio Ambiente
- Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social

EXPERIÊNCIAS DE SISTEMATIZAÇÃO DE V.D. NO BRASIL

Relato de desconhecimento das experiências e protocolos. Além disso há uma informalidade na organização e não sistematização. Protocolos de acordo com o objetivo da visita (diagnostico social, acompanhamento de crônicos, de saúde mental, etc.)

PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA V.D:

Nota: A proposta será anexada em breve

- Elaboração de um instrumento com os seguintes dados:
 - Nome, endereço e motivo da visita.
 - Identificação e características dos membros da família
 - Condições sanitárias da habitação
 - Exame físico da pessoa, e mesmo dos membros da família.
 - Problemas identificados dentro da família.
 - Diagnóstico
 - Atividades a serem desenvolvidas
 - Avaliação da visita: após o quadro, ver se desenvolveram os objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise das fontes resultaram algumas reflexões:

Devemos considerar a V.D como instrumento de promoção da saúde, não apenas do individuo doente. Estratégia vital do PSF como instrumento de avaliação e analise.

Conhecer o individuo em seu contexto social. Necessidade do Trabalho em equipe, da preparação da visita com reuniões em equipe e a participação do ACS como elo e auxiliando a priorização.

Participação da família essencial para o instrumento ser eficiente, ver os membros disponíveis, identificação dos membros da família e estabelecendo uma rede de trocas

Limitações do instrumento: dificuldade de ampliação, o instrumento utilizado é longo.

O exame físico de toda família é complicado. E nem sempre todos os componentes da família estão presentes para fornecimento de dados e/ou ser submetida ao exame físico.

Outra questão é a situação familiar difícil, que depende da intersetorialidade e transdisciplinariedade (bombeiros inclusive).

**UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR A PACIENTES
ACAMADOS, SEMIACAMADOS E/OU DEPENDENTES
Marcovani José de Sá**

VD é um dos pilares do PSF, e desde o início da implantação (do PSF) há uma demanda por VDs.

INTRODUÇÃO

• Constituição Federal de 1988 – direito de todos e dever do estado. Descentralização pela Municipalização, com enfoque maior na Atenção primária, nas Ações preventivas com a implantação do PSF, baseado em dois pilares importantes: os ACS e a Vinculação

OBJETIVO

• **OBJETIVO GERAL**

Visita domiciliar

• **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Pesquisar como chegar a sistematização,

Conhecer os fatores facilitadores e dificultadores

Capacitar a equipe para Visitas Domiciliares.

REVISÃO DE LITERATURA para entender as condições atuais.

Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil

Reforma sanitária ocorre desde 1979 - Simpósio Nacional de Políticas de Saúde

1889 - 1930 - Oswaldo Cruz: já havia VDs e a presença do Médico de Família. As VDs ocorrem sem aceitação da população, com revoltas.

• Campanhas sanitárias para combater as doenças e trazer trabalhadores para ser mão de obra no Brasil, mais do que propriamente para promover saúde.

• Vacina-revoltas

• Médicos de família

1930 - Getúlio Vargas: governo impositório.

1938 - 1945 - Getúlio Vargas: início das discussões no setor saúde pelos sanitaristas

• SESP = 1942 – tentativa de levar saúde para o interior.

• Ministério da Saúde – 1953

1945 - 1964 - Juscelino Kubitscheck

• IAPS – saúde para quem tem emprego.

• Médicos particulares

• Assistência médico-hospitalar

• Anos 60

• Crise financeira

• Atendimento hospitalar, saúde pública mínima.

• Empresas médicas

• Aumento de custos - medicamentos e equipamentos, internação hospitalar.

• Valorização da Especialização médica

• Empobrecimento da população

• Epidemias - aumento da mortalidade e morbidade

1964 - Golpe Militar

- INPS
- Complexo Médico Industrial
- Serviços de Terceiros 1968 – 1975
- Consultas médicas
- Clínicas e hospitais privados
- Faculdades particulares de medicina
- Medicina baseada em lucro.
- Crise financeira
- INAMPS e a Falência do modelo, vinculação da Assistência Médica com a previdência social.

1986 - Sétima Conferência Nacional de Saúde

- Reforma sanitária brasileira
- Assembléia Nacional Constituinte
- Esboço do SUS – SUDS

1988 - Nova Constituição Brasileira: SUS

- Universalidade
- Equidade (redução das desigualdades)
- Integralidade
- Regionalização e hierarquização em graus de complexidade.
- Descentralização com comando único
- Controle social.

1997 - Programa Agente Comunitário de Saúde

Ambulatorial e domiciliar

- PSF - ACS
- Visita domiciliar
- sistema de saúde Municipalizado e dividido em micro-áreas
- prevenção

ATRIBUTOS DO CUIDADO NO DOMICÍLIO

- Cuidar e cuidador: enfoque no cuidador, geralmente mulher, que abdica de sua vida para realizar o cuidado. Importante entender suas dificuldades. E seu senso de responsabilização. Fica por conta daquela atividade.
- Vantagens e desvantagens da visita domiciliar: além do que foi dito, há outras desvantagens, como o custo e a realização durante o período de trabalho, quando a demanda de excesso de famílias somada a entrada de pessoas vindas de outras localidades para serem avaliadas.

METODOLOGIA

- unitermos pesquisados: Visita domiciliar, domicílio, família, cuidado e cuidador

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

- Análise crítica da proposta
 - Proposta de sistematização da visita familiar
 - Planejamento, com Seleção e priorização das visitas,
- Critérios para inclusão: idade avançada, com dificuldade de locomoção ao posto de saúde; pacientes em uso de medicação contínua que possam prejudicar o serviço ou não

permanecer no serviço (saúde mental), pacientes com necessidade de cuidador. Inclusão contínua ou periódica

Critérios para exclusão: não aceitação da família (zero casos), se a dificuldade de locomoção ao US for sanada, mudança e idosos com dificuldades especiais que chegaram a óbito.

CONCLUSÃO: A VD deve ser claramente não social, puramente profissional.

Periodicamente há convites a cafés e biscoitos, e não permite a extensão, e chega a atrapalhar a captação das orientações. Tratar bem o cuidador, mas ser enfático nas orientações.

A VD ao usuário não inclui a extensão aos demais vizinhos e aos familiares, ou seja, encaminhar as demandas não inerentes a VD para o atendimento ao Posto de Saúde.

Descrição minuciosa do que foi feito na VD. Prontuário legível.

A construção coletiva do conhecimento: Debate.

Flávio Lúcio Gonçalves Coelho: Contagem vive algumas situações paradoxais: por um lado nós trabalhamos em casas que foram alugadas dentro da comunidade, a implantação foi progressiva em números de 50 equipes, posteriormente 12, as casas não tem estrutura total de atendimento, mas com características únicas: estão localizadas dentro da comunidade, sendo chamado pela comunidade de “postinhos”, em uma situação onde você está próximo da população. E onde o usuário consegue chegar a US com muita facilidade, e os médicos fazem as VDs com facilidade, a pé, com satisfação no trabalho. Tem o contato direto com o paciente na rua, que é gratificante, e uma média de 4 a 5 visitas domiciliares por dia. Neste aspecto cria-se a melhor condição de visita, acesso e acolhimento, embora não se tenha a condição tecnológica necessária. Mas traz a proximidade desses pacientes. Temo pela internação domiciliar ser responsabilidade da ESF com a condição de trabalho que se tem hoje. Falar em internação domiciliar na ESF, nas suas responsabilidades e no que se tem de retaguarda é complicado. Neste aspecto, basear o PAD no serviço de urgência traz uma retaguarda tecnológica importante que o PSF não pode fazer.

Em Cuba temos as equipes de saúde, que atendem 600 usuários, e pode-se fazer um acompanhamento porque moram dentro da região de trabalho.

A visita deve ser feita de forma ofensiva, localizar situações de risco e buscar ações direcionadas.

Rosania Aparecida (CS Pedreira Prado Lopes): Questionamentos: Primeiro sobre o cuidado a uma senhora de 86 anos, portadora de DPOC, Fibrilação Atrial, hipertensão grave, descontrolada, sem cuidador, tem companheiro que sai as 6hs e volta as 19hs, varias tentativas de fazer inalação, todas frustradas, com dificuldades. Já recebeu a resposta que “paciente sem cuidador é intratável”. Outro é a questão de PADs em áreas de risco. Outra é a questão da reabilitação em pacientes de áreas de baixa condição tecnologia. Para Meire (2ª apresentadora): a questão do diagnóstico da família é interessante. Porem aferir dados vitais de pacientes saudáveis dentro do domicilio não é factível na pratica. Um diagnóstico familiar amplo, mais do que dados clínicos seria mais interessante. Por causa do tempo e do custo, e poderia desvirtuar a visita, que é para o cuidado a pacientes específicos. E em relação ao Flávio Coelho, gostaria de ouvir um pouco mais sobre a Escala de Coelho. Planejamento também é importante, porém quando você coloca a ida primeiro do ACS, depois do enfermeiro pode atrasar a atenção. O que se faz no CS PPL é discutir o caso e indicar a ida do enfermeiro quando necessário. Por fim, quero falar do sofrimento que é fazer a VD: é um prazer em muitos casos, mas o embate com a realidade é muito duro, e não tem dinheiro no mundo que paga algumas visitas, porque é questão de humanidade. Caso de um senhor que não tem cuidador, que a filha não assume, o local tem vasilhas de urina, ratos passando, isto realmente nos leva a questão de que somente a nossa humanidade consegue levar.

Marcovani José Sá: No CS de sua abrangência há 2 tipos de VD. Em outra equipe, eles visitam o pacinete quando for chamado, quando ele está doente. A proposta apresentada aqui é visita para usuário sadio, para manter a saúde dele. O paciente tem problemas que

o restringem ao leito e fazemos o trabalho para manter a saúde, trabalho programado, mensal no intuito de fazer medicina preventiva.

Daniel Knupp (CS Céu azul): quero ouvir a posição dos presentes sobre cuidados a casos agudos ou acutizados, e isto é um tema que gera polêmica. Como o Marcovani colocou já houve uma demanda logo na implantação do PSF. Há necessidade de normatizar a assistência?

Arthur Mendes (CS Jd. Montanhês): Novamente, dificuldade para visitas emergenciais. A outra é a respeito da avaliação da família como um todo. Creio que em situação de risco pode ser justificado, mas sob quais critérios? Para Mariana, reflexões: primeiro a respeito do PAD x PSF nas equipes de baixo risco: o que é o atendimento do PAD para baixo risco, mas para o paciente de risco. O baixo risco deve ser responsabilidade do PSF. A outra é a questão dos pacientes em fase terminal. Não seria o momento de discutir se deve-se dar ao PSF os recursos para dar este seguimento. No momento final, o paciente que foi atendido em todos os momentos, sai o PSF e entra o PAD. O PSF poderia seguir se tivesse recursos para tanto. A VD realmente gera sofrimento, mas é com muita alegria que temos descoberto uma parcela da população que não eram conhecidos pelo sistema. O PSF tem conhecido pessoas que inexitem para o sistema.

Marcelo Freitas Dias: respondendo a Rosânia: o mais importante é chamar realmente a comunidade para auxiliar a paciente, os ACS, e se ela não entra no cuidado não há como fazer o cuidado a este paciente. Em relação a como se fazer a VD: para organizar, devemos definir quais os cuidados prestados de acordo com os objetivos da VD. Podemos ter VD preventivas, curativas, assistência simples ou complexa, que tem que ser definidas antes da ida, por vários mecanismos, como entrevista com o solicitante, discussão com ACS, revisão de prontuário. A escala de coelho esta disponibilizada no site. Em relação aos agudos, depende da capacidade e dos recursos que a equipe tem para responder a estes casos. Da mesma maneira que as pessoas procuram o serviço desesperados, demandando consultas, e após uma conversa com o solicitante descobre-se que o caso “agudo” não era tão agudo e pode ser agendado. Em relação aos casos mais agudos, onde realmente não há como se dar suporte, chama-se o SAMU, que é quem está mais preparado. Por outro lado, simplesmente chamar o SAMU não é a conduta correta, e a unidade deve orientar o paciente e entrar em contato ela mesma com o SAMU, através do profissional mais capacitado para fornecer os dados do caso.

Meire Maria Guedes de Sá: Já tive casos de pacientes em pós operatório que complicaram com infecção, e após avaliação foi levado todo o material, segundo o protocolo de encaminhamento a UPA. Devemos utilizar a estrutura vigente, incluindo o SAMU. Não podemos ter medo de ir, para não deixar o paciente sem assistência. E acreditar no ACS, que na maioria das vezes realmente tem a noção correta da indicação. Avaliar também na rede de apoio a ajuda de vizinhos. A respeito dos dados vitais, o protocolo apresenta algumas dificuldades e baseado nessas discussões, e nos modelos de sistematização vamos trocar idéias.

Mariana Borges Dias: Há a necessidade de uma rede de apoio social. Há necessidade de um elo na família, uma pessoa de apoio. O Odilon não está fazendo ainda o suporte de pacientes domiciliares. Atendem somente os desospitalizados do Odilon, Não tem dado conta. Esta atualmente com pacientes mais baseados em feridas. O PAD atende em todos os locais, inclusive favelas e bicos. Junto com o ACS se possível. Há previsão do PAD noroeste. Reabilitação: é uma dívida histórica do SUS, não há uma experiência exitosa em programa reabilitação amplo. A medida da progressão da faixa etária, a demanda aumenta. Há necessidade de Fisioterapeuta e TO. Problema generalizado, não só da Atenção domiciliar. Em alguns casos pilotos está havendo interação com o HC onde os PADs entram com profissionais locais e o HC com a equipe especialistas. O SAMU é para visitas emergenciais, e se considerando emergência como risco de vida eminente, o papel é do SAMU. Pensando nisso, o papel do PSF é fundamental como elo, e a equipe chamando o SAMU pode fornecer dados muito mais corretos. O papel do PSF é “enquanto a equipe tiver pernas para atender”. Não havendo, é papel do PAD. O agudo e o acutizado é função do PAD. Se o PSF dá conta, ótimo, caso contrário, é função do PAD. Mesmo no paciente terminal. Havendo a falta de transporte, a dificuldade de acesso, a falta de tempo, o PAD assume.

Artur: para PAD não existe área de baixo e alto risco. O PAD atende alto risco. O baixo risco da área é critério político atualmente, e o PSF não oferece atendimento nas áreas de baixo risco. Se O PSF identifica paciente de alto risco em áreas de baixo, faz parte da integralidade. Algumas áreas de baixo risco não tem PAD, embora eu não concorde. O centro é no paciente. Para o PAD não existe atendimento de baixo ou alto risco. Se o paciente é de alto risco, e em se morando em qualquer local e tendo necessidade, o PAD atende.

Em relação ao paciente na fase terminal, em relação ao recurso, o que for possível fazer, melhor. A parceria do PAD neste âmbito será adequada. O PAD ajudará sempre que possível.

Vinicius Araújo Oliveira: VD em saúde da família é iminentemente multiprofissional. Quem faz VD é o ACS e não foi ao menos falado aqui. Na ficha de avaliação proposta, há várias informações da ficha A, e por outro lado a maior queixa na SMS é a falta de informações. As informações acabam coletadas de novo. A questão do paciente que necessita VD geralmente está inserido em uma família fragilizada, e não se aciona as escalas de risco habituais. Hoje há uma escala de risco sistematizada, que é a escala de coelho. Foi levantada a autonomia em dois sentidos. Um de autonomia física e funcional, outro de autonomia na promoção de saúde. É uma discussão interessante porque não acessamos as duas ao mesmo tempo. Enfim, é interessante destacar na APS em outros locais do mundo como é o dia do MFC. Nos EEUU o MFC visita os pacientes internados no hospital, faz as consultas, faz VDs e volta ao hospital. No Brasil o paciente é vinculado fortemente a tudo: a equipe, a microarea, a adstrição geográfica, a UBS, mas não é tão forte dentro do sistema. O sumario de alta hospitalar tem sempre menos informação que com o PAD, que procura fazer um relatório mais detalhado. A informação da internação não é compartilhada. O local do prontuário, na casa ou na USF, deve ser pensada.

Anelisa (TO, NAR): A reabilitação na rede está presente através do NAR, piloto da SMS, ocorrendo há dois anos. Na primeira fase está passando no Barreiro. Hoje sendo implanta do outro. Com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo. Passa por todos os centros de saúde. No barreiro, até dezembro passara por todas as equipes, com dois braços de atividade: assistência domiciliar, grupos operativos e atendimento no grupo e o outro de capacitação de todas as equipes. O NAR (...)

Nota: para saber mais a respeito do NAR, visite a página da PBH e/ou acesse o manual de reorganização da Atenção Básica, de Maio de 2006.

(...)

Visitas programadas são uma coisa. VD de urgência são baseadas em critérios. O PSF está em um processo mais avançado já alcança algumas melhorias, mas faltam profissionais de apoio. Não conhecia o NAR e desde 99 está na rede.

Leonardo C M Savassi – a Escala de Coelho usa a informação dos ACS da ficha A do SIAB. O maior diferencial é a simplicidade, que utiliza as informações do ACS e classifica sem necessidade de novos protocolos. E é usada para outras coisas, dentro da equipe, de reorganização de agenda, e de protocolos de cuidado/ Estou feliz por não termos ficado somente na questão do excesso de demanda. Importante para conhecermos o SAD e PAD, iniciar interlocução no sentido de ações comuns. No marco teórico, precisamos definir o meio termo entre quem a gente sabe que não precisa e quem a gente sempre precisa. Devemos individualizar sim, mas um mínimo de protocolos São raros trabalhos que tratam da vd meio, geralmente são abordados visitas fim. A VD é uma ferramenta fundamental do MFC. Enfim, a respeito do NAR, membro de residência multiprofissional de SP está interessada em conhecer o NAR.

Marcelo Freitas Dias: cita como é difícil a comunicação dentro da rede de saúde. A AMMFC esta disposta a conhecer todos os meios para a melhoria das condições da população. Estamos dispostos a divulgar no site.

Flavio Coelho: Sugere que o GESF ande, e fosse visitar Contagem, talvez no Encontro de Saúde Mental.

Como citar este documento

SAVASSI, LCM; DIAS, MF; DIAS, MB; SÁ, MMG, SÁ, MJ. Relatoria do GESF: Módulo Visita Domiciliar. <i>Grupo de Estudos em Saúde da Família.</i> AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório, 20p). Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriavd.pdf [acesso em **/**/****]
--