

Visita Domiciliar

Leonardo C M Savassi
Marcelo de Freitas Dias



Introdução

A literatura nacional e internacional discute a fundo a Visita Domiciliar (VD) e a Atenção Domiciliar em uma série de eventos e momentos na saúde. Na grande maioria destas discussões, há um objetivo claro para a realização da Visita Domiciliar, seja para busca ativa de casos, seja como alternativa assistencial - para realizar cuidados específicos de enfermagem (tratamento de feridas, avaliação da PA, coleta de exames), atendimento de enfermagem (visitas de puericultura, puerpério, no pós-operatório ou egressos) ou médico em caráter excepcional (pacientes restritos ao leito ou ao domicílio, doença mental, zona rural remota). Poucos trabalhos estudam a realização de visita domiciliar na dinâmica do Programa Saúde da Família, onde a Visita é uma importante ferramenta de trabalho que, junto a outras, diferencia o profissional da estratégia saúde da família dos demais.

Há uma indicação de que o atendimento ao paciente em seu domicílio não deve ser feito por profissional médico ou de enfermagem em todas as circunstâncias, sendo esta ação não custo-efetiva, além de ocupar o profissional de nível superior por parte considerável do tempo, o que atrapalharia a realização de suas atividades na Unidade de Saúde da Família. Por outro lado, torna-se claro o papel da Visita Domiciliar no cuidado ao paciente acamado temporariamente, no paciente restrito ao leito ou ao lar, no paciente sem condições de acesso a Unidade de Saúde da Família, seja por barreiras físicas, pessoais, geográficas ou familiares. Neste caminho entre o que é necessário e o que não é indicado, situam-se inúmeros casos não definidos por protocolos, diretrizes ou referenciais teóricos que tem sido individualizados pelas Equipes de acordo com a demanda de atendimentos, e com a disponibilidade dos profissionais para atividades "extraconsultórios". Esta individualização de casos não deve ser abandonada, devendo sempre nortear a equipe no seu cotidiano, porém algumas diretrizes devem ser estabelecidas para que ela possa pautar seu trabalho em bases mais científicas e formais.

Histórico

Inicialmente os Médicos de Família eram os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade. Aos menos favorecidos cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira.

Após a abolição vieram os imigrantes trazendo sua força de trabalho, ideais anarquistas e uma gama de novas doenças que se espalharam pela população. Entendendo a necessidade de cuidar da saúde da população para manter saudável sua mão de obra, o governo da primeira república cria serviços de saúde pública, com o objetivo de conter as epidemias, instituindo a obrigatoriedade das vacinas e visitas domiciliares feitas pelos agentes sanitários para detecção de focos de doenças, porém com uma perspectiva de vigilância, punição e denúncia.

Com o golpe de 1930, Getúlio cria o Estado Novo, centralizando todas as ações no maquina estatal e bloqueando as reivindicações populares com medidas populistas. Cria o Ministério do Trabalho e implementa ações de atenção primária à saúde, com sensíveis avanços na área. São criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão-IAP's e o sanitarismo campanhista atinge seu auge.

Após a deposição de Getúlio surge um modelo de governo mais liberal. Os IAP's constroem e equipam seus próprios hospitais. A atenção primária, juntamente com os centros de saúde e as visitas domiciliares, é esquecida e se investe no modelo hospitalocêntrico.

Esse contexto criado na época de JK, ganha força e atravessa todo o período militar, culminando numa grave crise da assistência à saúde da população.

Com a crise surgem alternativas. No final da década de setenta e início dos oitenta ganhou força o movimento sanitarista, impulsionado pelas discussões da Conferência de Alma-Ata, que reconheciam a importância da atenção primária e a participação comunitária. É feita a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando se consolidam as propostas de mudança do setor de saúde através da Reforma Sanitária Brasileira. A partir daí foi aprovada a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. Com a implantação do SUS, o setor de saúde passou a privilegiar as ações de saúde coletiva, apostando na promoção desta, através do PSF. Há, então, um retorno do médico de família, médico esse situado agora em outro contexto e com outras possibilidades de intervenção. O profissional médico pode lançar mão da VD como uma ferramenta de assistência à população menos favorecida.

Definição

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”.

Para implementar um programa de saúde dirigido à família torna necessário conhecer seu modo de vida, a comunidade em que vive, sua cultura, crenças e padrões de comportamento. Para que isso ocorra, é de grande importância conhecer o território onde a família está inserida, seu modo de vida, podendo isso ser facilitado por meio da visita domiciliar, que pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família.

A VD proporciona uma visão mais ampla das reais condições de vida da família e possibilita uma interação em ambiente tanto familiar, quanto social, através do conhecimento de seu cotidiano, de sua cultura, seus costumes, suas crenças, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos.

Conceitos

São expostos a seguir os significados dos termos usados na assistência domiciliar apresentados no Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar contido na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006.

1 Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

2 Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

3 Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

4 Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

5 Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

6 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

7 Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

8 Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

9 Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

10 Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

Discussão

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. O processo de assistência no contexto domiciliar é complexo, dentre outras razões pelas seguintes:

1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.

2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim pelo sistema de saúde.

3- Requer em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.

4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com da Atenção Primária à Saúde.

5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.

6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.

A visita domiciliar é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. Para sua efetividade são necessários vários procedimentos, entre eles priorizar os grupos mais vulneráveis (idade avançada, doenças crônico-degenerativas, dependência física ou psíquica, situações terminais e AIDS), definir os objetivos da VD, reunir todas as informações possíveis sobre a família e o paciente (prontuários, informações dos ACS), reunir materiais apropriados para o atendimento, dentre outros.

Outro ator importante para a assistência domiciliar ser bem sucedida é o cuidador. Sem ele não há continuidade da atenção. O cuidador pode ser um membro da família ou comunidade que, idealmente deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente.

Finalmente, é importante citar princípios que norteiam a assistência domiciliar:

- Abordagem integral à família;
- Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador;
- Trabalho em equipe e interdisciplinaridade;
- Adscrição da clientela;
- Inserção na política social local;
- Estímulo a redes de solidariedade.

Diante disto, depara-se com uma série de regulamentações e normatizações não voltadas especificamente para a Equipe de Saúde da Família que, independente disto, precisa definir prioridades, indicações e possibilidades de utilização desta importante ferramenta. Some-se a isto a dificuldade da produção científica oriunda dos profissionais que atuam hoje em Atenção Primária, seja pelo pouco acesso aos meios científicos convencionais, seja pela falta de base científica específica em Saúde da Família proveniente da academia, ou ainda pela pouca disponibilidade de tempo dos mesmos em transformar o seu trabalho cotidiano em informação. Faz-se portanto fundamental a avaliação do papel da Visita Domiciliar na melhoria dos conceitos de acessibilidade, de integralidade e de cuidados pela Equipe, definido seu papel e critérios de maneira clara e concisa.

Referências

- (1) Tulio, E., Stefanelli, M., & Centa, M. **VIVENCIANDO A VISITA DOMICILIAR APESAR DE TUDO.** *Família, Saúde e Desenvolvimento* [Online], Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul./dez. 2000. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4923/3749>
- (2) Coelho, FLG; SAVASSI, LCM. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2005, 2. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/Escaladerisco.pdf>
- (3) Fernandes, Maria das Graças Melo; Fragoso, Kyldery de Melo **ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** *Revista APS* [Online] v.8, n.2, p. 173-180, jul/dez 2005. Disponível em <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v8n2/idoso.pdf>
- (4) Rehem, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; Trad, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira** *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (sup): 231-42, 2005. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>
- (5) Campos, Francisco Eduardo, et al. **Planejamento e Gestão em Saúde.** *Cadernos de Saúde.* Belo Horizonte. Coopmed, v-1, 1998.
- (6) Lopes, J.M.C., et al. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf