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

"PLANEJAMENTO PARA A VISITA DOMICILIÁRIA PROGRAMÁTICA NO CS DIC III - CAMPINAS-SP"
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO "GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"

Autor(a): ÉRIKA TROVILHO DA SILVA
Email de contato: erika_trovilho@yahoo.com.br
E-mail para contato E-mail Orientador(a): CLAUDIA S. VITOR GALORO
Coorientador(a); , FABÍOLA D. CARVALHO E SILVA, PAULO V. BONILHA ALMEIDA

Introdução

O modelo de assistência à saúde que propõe a ESF (Estratégia de Saúde da Família), favorece práticas profissionais com elementos que auxiliam na aproximação da equipe com o seu território.(1)

O atendimento domiciliar é uma oferta assistencial de destaque no contexto biopsicossocial da comunidade.(2)

A proposta deste projeto de intervenção, tem origem nas dificuldades vivenciadas no trabalho em equipe no Centro de Saúde DIC III, em Campinas-SP, quanto ao planejamento das visitas domiciliárias necessárias para complementação do cuidado, para grupos de usuários com maiores vulnerabilidades na sua condição de saúde.

Inicialmente, observou-se a necessidade de uma maior corresponsabilização para essa atividade, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que em geral, direcionavam as visitas apenas para responder a demandas levantadas em reunião de equipe, ou à busca de familiares. Não estabelecendo relação com a área adscrita do seu território de abrangência, mas vinculando sua prática a cobertura de uma escala de trabalho entre os ACS.

Houve a percepção de que estes não se posicionavam como sujeitos ativos na construção dos projetos terapêuticos, não havia uma sistematização para as visitas realizadas, predominando uma grande falta de comunicação entre os componentes das equipes.

Esse contexto, apontou para a importância de desenvolver uma melhor orientação das ações, em especial para o ACS, no planejamento e organização das suas visitas domiciliares.

Objetivos

1.Revisar e atualizar a lista de pacientes que recebem visitas pela equipe multiprofissional;

2. Classificar os pacientes, segundo critérios de elegibilidade;

3. Elaborar roteiros de linhas de cuidado para a visita dos agentes;

4. Elaborar roteiro para a visita multiprofissional;

5. Capacitar os agentes comunitários para a utilização dos roteiros;

6. Organizar a agenda de visitas com os ACS.

Ações desenvolvidas

O projeto foi tema de pauta da reunião de equipe, e os atores envolvidos foram: equipe de enfermagem, médico generalista e agentes comunitários de saúde.

As ações foram divididas entre os participantes:o médico realizou levantamento dos pacientes, os ACS realizaram as visitas e a equipe de enfermagem foi responsável por levantar dados dos prontuários, e a enfermeira a revisão bibliográfica.

Resultados/Discussão

Identificamos primeiramente os pacientes que receberam visitas no período de 2010 a 2017. Após essa tarefa, foi elaborada uma cópia para os seguintes membros: agentes de saúde e enfermeira.

A partir daí, estabeleceu-se uma data para que os agentes comunitários apresentassem na reunião de equipe quais usuários estavam dentro das condições para inclusão nos critérios atuais para o acompanhamento no domicílio.Houve dificuldades nessa devolutiva dos agentes, falta de recursos humanos, pouca base na literatura para estabelecer metodologia de classificação para atendimento domiciliar.

Foram produzidos documentos como: planilha geral de pacientes em atendimento domiciliar, com identificação de perfil dos pacientes, planilha específica por micro área, roteiros de visitas para os agentes (crônicos, gestante, criança, acamados), roteiro de visita para atendimento domiciliar multiprofissional com arquivos compartilhados com toda equipe. Com o término da reformulação da lista, a equipe totalizava 25 pacientes que demandavam a estratégia da visita domiciliaria para o planejamento do cuidado.

Considerações finais

Durante a intervenção, observou-se falhas como: interrupção quinzenal das atividades de visita devido a outras competências da equipe, falta de envolvimento dos ACS, micro área com maior demanda de visita sem agente comunitário responsável, roteiros elaborados pouco compartilhados, transferência da capacitação para além do tempo indicado inicialmente.

Apontou-se como desafios futuros: a necessidade de incluir avaliação do processo, para maior envolvimento da equipe; garantir assistência ainda que com a falta de recursos humanos; supervisionar periodicamente a aplicação dos instrumentos na prática, manter atualizada a planilha dos pacientes que recebem visita da equipe multiprofissional.

Referências Bibliográficas:
1.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Política Nacional da Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acessado em: 04/05/2016
2.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção. Domiciliar. Volume 1. Brasília – DF. 2012. Disponível em: m:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acessado em: 10/11/2016