



USF Serra da Lousã

Manual de Visitação Domiciliária

Elaborado por: João Fernandes; João Rodrigues; Luísa Ramos
Revisto por: Carlos Neves; Joana Fernandes
Revisão: 2019



Índice

Índice de figuras	3
1. Introdução	4
2. Objectivo e Metodologia	4
3. Aspectos Conceptuais da VD	4
3.1. População Alvo	5
3.2. Circuito do Utente na VD	5
4. Tipos de Visitas Domiciliárias	6
4.1. VD de promoção da saúde e prevenção da doença	6
4.1.1. Saúde infantil: recém-nascido, crianças e adolescentes	6
4.1.2. Saúde Materna	7
4.1.3. Saúde do utente dependente	8
4.1.4. Utentes com situação vacinal irregular	8
4.2. VD para avaliação, tratamento e reabilitação	9
5. Organização da VD	10
5.1. Orientações Gerais	10
5.2. Fases da VD	10
5.2.1. Fase de Planeamento	10
5.2.2. Fase de Execução	10
5.2.3. Fase de Registo	10
5.2.3.1. Instruções para a utilização do Boletim de Cuidados no Domicílio	10
5.2.4. Fase de Avaliação	11
5.3. Papel dos Profissionais de Saúde	11
5.3.1. Papel do Secretário Clínico	11
5.3.2. Papel do Enfermeiro de Família	11
5.3.3. Papel do Médico de Família	11
6. Revisão	15

Índice de figuras

Figura 1 – Fluxograma do Circuito do Utente na VD..... 6

Figura 2 – Medicine One – Visitas Domiciliárias..... 11

Figura 3 – Boletim de Cuidados no Domicílio..... 12

1. Introdução

Os cuidados no domicílio são uma das áreas de intervenção básica das equipas de saúde e deverão estar na primeira linha dos programas prioritários de saúde e bem-estar social. Só assim é possível incrementar e potenciar o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários no caminho da qualidade assistencial.

A **Visitação Domiciliária** (VD) é um instrumento de realização de cuidados no domicílio, sendo constituído por acções sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde ou para realizar actividades preventivas vinculadas aos programas de saúde. A visita domiciliar permite uma aproximação aos factores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar, bem como a identificação das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que a compõem, como estes se relacionam e contribuem para o processo de cuidado e recuperação de um dos seus elementos.

2. Objectivo e Metodologia

O presente Manual de Boas Práticas tem como principal objectivo estabelecer critérios e normas de actuação, regular e enquadrar os procedimentos para todos os profissionais da USF Serra da Lousã (USF) no âmbito da VD.

3. Aspectos Conceptuais da VD

Os cuidados de saúde no domicílio assentam em duas actividades principais: **VD preventiva e VD para diagnóstico, tratamento e reabilitação.**

A **VD preventiva** tem como objectivos gerais:

- Dar resposta ao utente que tem incapacidade para se deslocar à USF por patologia crónica, prevenindo situações de doença e instruindo o cuidador em actividades específicas;
- Efectuar visitação domiciliária à maioria de Recém-Nascidos e/ou Puérperas.

A VD para diagnóstico, tratamento e reabilitação, apresenta como objectivos gerais:

- Vigiar e acompanhar, em consultas de seguimento, o utente que não se consegue deslocar à USF por patologias terminais, demências, paralisias, imobilidade permanente, etc., e que necessite de cuidados médico e/ou de enfermagem;
- Fomentar estratégias para capacitar o cuidador, familiar ou outro, do doente dependente;
- Dar resposta aos utentes dependentes, temporariamente ou cronicamente, com doença aguda.

3.1. População Alvo

Utentes inscritos na USF, com habitação permanente na área de influência da USF (todo o concelho da Lousã) e cuja situação necessita de intervenção no domicílio.

Critério de exclusão: Utentes residentes em lares, casas de repouso ou IPSS não estão abrangidos pelas VD, pois essas entidades possuem profissionais contratados nos seus quadros.

3.2. Circuito do Utente na VD

Os pedidos de VD poderão ser feitos pelo utente, familiar ou outro prestador de cuidados através de contacto presencial com os profissionais de saúde

(médicos ou enfermeiros), via telefone ou e-mail.

Após contacto, será realizada uma avaliação clínica, via processo clínico, por parte do médico ou enfermeiro. Estabelecida a prioridade clínica, será feito o agendamento da VD. Nos casos justificados clinicamente a resposta será num prazo máximo de 24 horas.

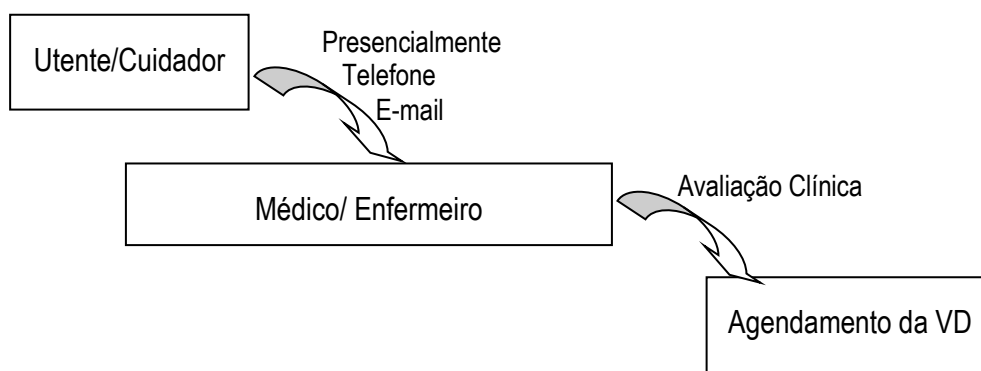


Figura 1 – Fluxograma do Circuito do Utente na VD

4. Tipos de Visitas Domiciliárias

4.1. Visitação domiciliária de promoção da saúde e prevenção da doença

4.1.1. Saúde infantil: recém-nascido, crianças e adolescentes

Este tipo de visitação, essencialmente de enfermagem, tem como objectivo principal a vigilância do recém-nascido até ao 15º dia de vida, no seu contexto sócio-familiar, no sentido de verificar quais as condições habitacionais, avaliação de risco social, fornecer apoio familiar e esclarecer dúvidas que a família possa ter, uma vez que o nascimento de uma criança é sempre um momento gerador de felicidade, mas também, de ansiedade e incerteza.

São alvo deste tipo de visitação domiciliária, todos os recém-nascidos inscritos nesta USF. Deverá ser entregue em consulta de Saúde Materna pelas 34

semanas de gestação a declaração de consentimento (DC) da VD para reflexão.

No 1º contacto com a USF após o nascimento, os pais devem entregar o DC devidamente assinado a autorizar ou não a VD. Se for autorizada, deverá ser programada nesse mesmo momento.

Caso o recém-nascido, não compareça na primeira consulta agendada, deverá realizar-se contacto telefónico e na impossibilidade deste, é marcada uma VD. Esta visita tem por objectivo verificar o motivo do não comparecimento na consulta e alertar a família para marcação de nova consulta, contribuindo assim para um acompanhamento saudável do crescimento da criança.

Também são alvo desta visita domiciliar de enfermagem/médico as crianças e adolescentes, pertencentes ao programa “Saúde Infantil e Juvenil”, que não compareçam consecutivamente nas consultas agendadas, ou aquando da detecção de falta de informação relativamente a estes utentes.

4.1.2. Saúde Materna

O momento de VD de enfermagem, ao recém-nascido, coincide com a visita da puérpera. Os objectivos específicos desta visita são semelhantes ao anteriormente descrito.

O agendamento da visita à puérpera ocorre em simultâneo com o agendamento da visita ao recém-nascido.

A equipa prestadora de cuidados disponibiliza à puérpera a possibilidade de verbalização de dúvidas quanto às alterações corporais, alterações de estilo vida, de modo a potenciar o seu papel de cuidadora do recém-nascido.

São alvo deste tipo de visita domiciliar, todas as puérperas que foram seguidas nesta USF, no programa de Saúde Materna.

4.1.3. Saúde do utente dependente

Neste tipo específico de VD, pretende-se a promoção da saúde e a prevenção da doença em utentes dependentes, podendo ser realizada pela equipa de enfermagem e/ou médica.

Devem ser identificados por ficheiro todos os utentes dependentes. Em qualquer caso identificado, proceder-se-á à avaliação trimestral do índice de dependência, utilizando o índice de Katz e a escala de Lawton e Brody, de modo a detectar precocemente a necessidade de actuação dos profissionais de saúde. O plano de acompanhamento, será delineado consoante as necessidades clínicas.

Em caso de utentes acamados, procede-se a avaliação da Escala de Braden, para avaliação mensal do risco de úlcera de pressão.

4.1.4. Utentes com situação vacinal irregular

Este tipo de VD é realizada pela equipa de enfermagem, tendo por objectivo a garantia da cobertura vacinal à grande maioria da população que o deseje. Contudo, é dada especial atenção aos utentes do programa de “Saúde Infantil e Juvenil”, por serem considerados grupos de maior risco.

A marcação de VD ocorre se a convocatória escrita e/ou contacto telefónico não forem bem sucedidos.

Nos casos em que a morada não esteja correcta, ou não tenha dados suficientes, o nome do utente é transferido para uma lista de excluídos do “Programa Vacinação”. Não é um processo definitivo, porque após regularização da situação o utente é novamente integrado no programa.

4.2. Visitação domiciliária para avaliação, tratamento e reabilitação

Este tipo de visitação tem fundamentalmente um carácter de acompanhamento de situações crónicas e curativas, podendo ser realizadas por médico e/ou enfermeiro.

No âmbito da equipa de enfermagem estão englobadas as seguintes acções: tratamento de feridas; optimização da sonda vesical ou sonda nasogástrica; e outras intervenções de enfermagem com vista à reabilitação e melhoria da qualidade de vida do doente.

Qualquer intervenção do profissional de saúde que implique deslocação mais do que 3 vezes por semana deve ser apresentada e discutida com a equipa nuclear, médico/enfermeiro para se ponderar referenciação para a rede de CCI.

A periodicidade das visitas para tratamento de feridas é da autonomia da equipa prestadora de visitação domiciliária. As visitas subsequentes são agendadas de acordo com o material utilizado no tratamento e a avaliação da ferida.

No âmbito da equipa médica, pretende-se essencialmente prestar cuidados no âmbito da doença aguda em doentes dependentes, além de acompanhamento de doenças crónicas.

5. Organização da Visitação Domiciliária

5.1. Orientações gerais

A VD realiza-se de segunda a sexta-feira em horário específico. Na ausência do enfermeiro/médico de família, existe a subequipa que assegura a intersubstituição.

Devem ser registados os utentes activos em ficha própria (Domicílios activos) no T (Grupo).

A equipa nuclear e subequipa, deve reunir periodicamente para discutir (acerca dos utentes inseridos em programa de apoio domiciliário).

A VD deve ser previamente programada e acordada com o utente/cuidador. Esta programação consiste em **quatro fases**: planeamento, execução, registo e avaliação.

5.2. Fases da VD

5.2.1. Fase de Planeamento

A fase de planeamento inclui:

- avaliação dos pedidos de VD, verificando através de uma anamnese detalhada se há condições para a resolução do problema no domicílio
- em caso favorável deve proceder-se à colheita de dados do utente no processo clínico;
- preparação do material de acordo com a visita a realizar.

5.2.2. Fase de execução

Durante a execução deve atender-se de forma prioritária às necessidades sentidas no momento pela família/utente. Deve proceder-se à identificação de problemas/necessidades, definição de objectivos, estabelecimento de

prioridades, definição de estratégias e actividades a desenvolver pelo cuidador, sem nunca esquecer a avaliação do cuidador.

5.2.3. Fase de registo

Os registos devem ser efectuados no **M1 – Módulo de Visitas Domiciliárias** (Fig. nº2), não esquecendo de identificar o cuidador (resumo ou nos “outros contactos” na parte administrativa) e **Boletim de Cuidados no Domicílio** (Fig. nº3).

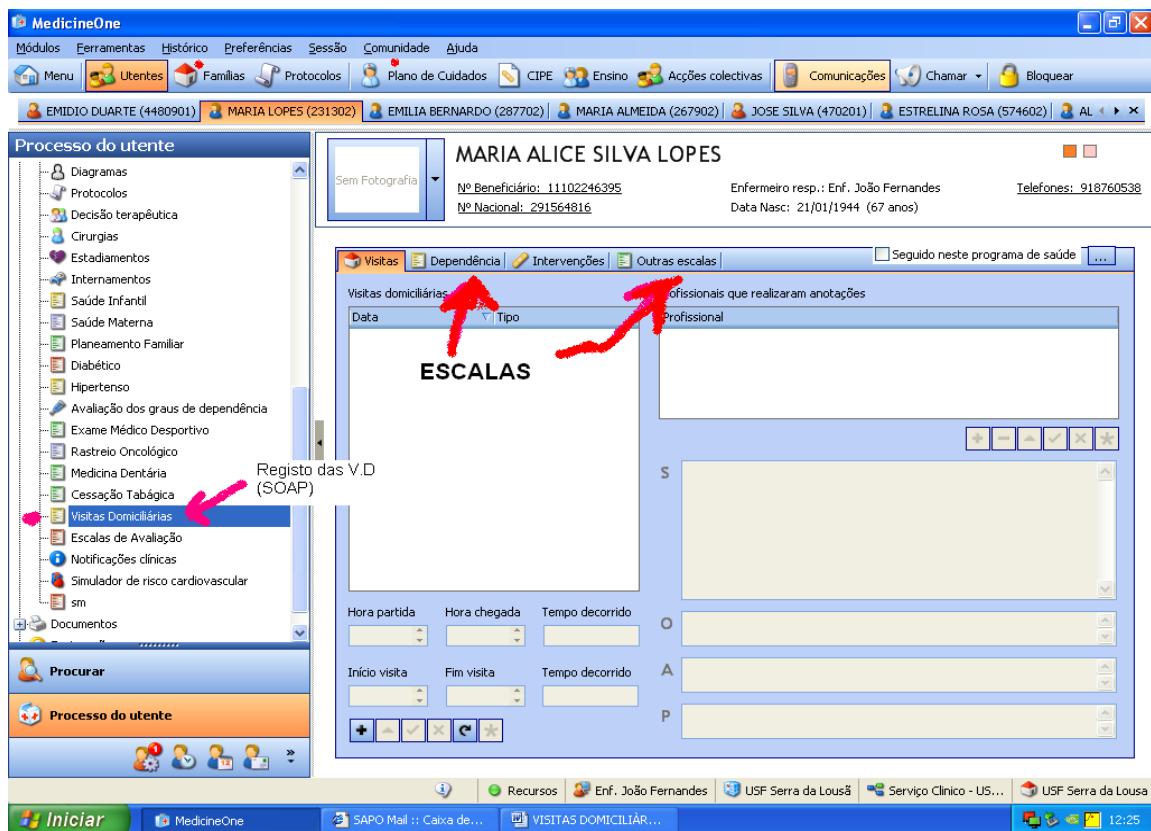


Figura 2 – Medicine One – Módulo de Visitas Domiciliárias

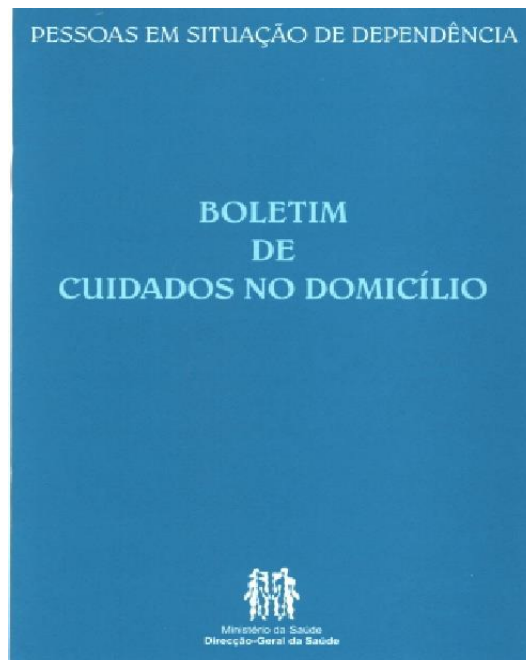


Figura 3 – Boletim de Cuidados no Domicílio.

5.2.3.1. Instruções para a utilização do Boletim de Cuidados no Domicílio

Sobre “Intercorrências relevantes”

- registar apenas factos e patologias importantes e indispensáveis

Sobre “Rede sócio- familiar de apoio”

- para os três grupos considerados, assinale o elemento que seja mais acessível

Sobre “Evolução da autonomia funcional”

- tem como objectivo motivar a pessoa portadora de dependência e/ou os familiares a serem participativos no processo de desenvolvimento da autonomia, na medida em que acompanham (registando) alguns aspectos da evolução

- deve ser preenchido pelo próprio, por um familiar ou por qualquer prestador de cuidados
- a frequência dos registos será negociada entre o profissional de saúde e as pessoas envolvidas no registo sendo a elaboração destes efectuada com a supervisão dos profissionais de saúde
- a primeira avaliação será sempre efectuada por um profissional de saúde;
- o registo faz-se pintando o rectângulo da cor atribuída à situação de autonomia/dependência

Sobre “Medicação”

- tem como objectivo servir de “memória” ao seu utilizador contribuindo para a diminuição dos riscos de administração terapêutica inadequada
- poderá ser preenchido pelo médico ou enfermeiro, sempre que surja alguma nova prescrição ou alteração terapêutica
- no caso de mudança de terapêutica passar um traço e assinalar a data

Sobre “Notas”

- facilita a circulação de informação.
- é um espaço que privilegia a troca de informações pertinentes sobre a pessoa com dependência entre os vários prestadores. Poderá ser utilizado por qualquer destes prestadores, sempre que for necessário deixar alguma “mensagem” a qualquer dos outros prestadores

Sobre “Recurso aos cuidados hospitalares”

- permite registar o motivo da procura destes serviços e identificar o prestador que poderá ser o elemento de referencia.

5.2.4. Fase de avaliação

Para avaliar a qualidade da prestação de cuidados de VD prevê-se a avaliação periódica da qualidade dos registos no Boletim de Cuidados no Domicílio e na Ficha de Visita Domiciliária do Medicine One.

5.3. Papel dos Profissionais de Saúde

5.3.1. Papel do Secretário Clínico

- Quando o utente/cuidador solicitar uma VD de enfermagem/médica, o SC, envia mensagem interna ou tarefa com o contacto telefónico do utente/cuidador ao enfermeiro/médico ou encaminha a chamada para o respectivo profissional.
- Informa o utente/cuidador que o enfermeiro/médico irá entrar em contacto telefónico para informar da provável data da VD.

5.3.2. Papel do Enfermeiro de Família:

- Agendar os domicílios e providenciar o contacto telefónico se necessário;
- Preparar a mala dos domicílios com o material necessário;
- Planear o circuito dos domicílios de forma a economizar recursos e tempo, utilizando uma das viaturas da USF;
- Prestar cuidados de enfermagem de acordo com o tipo de visita domiciliária e informar o utente da data do próximo domicílio;
- Promover a reabilitação com o objectivo de reinserção na comunidade e obtenção da maior autonomia possível;
- Prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos, respeitando a dignidade, autonomia, beneficência, sigilo profissional e justiça para o utente e família;

- Realizar os registos no suporte informático e remarcar novo domicílio se necessário;
- Potenciar e otimizar a articulação da rede de parcerias representada em protocolos;
- Avaliar as actividades desenvolvidas no âmbito do programa.
- Atualização da lista de domicílios activos no T (Grupo).

5.3.3. Papel do Médico de Família

- Agendar os domicílios e providenciar o contacto telefónico se necessário;
- Preparar a mala dos domicílios com o material necessário;
- Planear o circuito dos domicílios de forma a economizar recursos e tempo, utilizando carro próprio ou outro transporte por sua conta;
- Prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos, respeitando a dignidade, autonomia, beneficência, sigilo profissional e justiça para o utente e família;
- Realizar os registos no suporte informático e remarcar novo domicílio se necessário;
- Potenciar e otimizar a articulação da rede de parcerias representada em protocolos;
- Avaliar as actividades desenvolvidas no âmbito do programa.

6. Revisão

No processo de melhoria continua, destacamos a necessidade de actualizar as ferramentas disponíveis, para a realização de cuidados cada vez com mais e melhor qualidade. A revisão deste manual será realizada em 2019.