



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PABLO DIRCEU MORAIS TAVARES

VISITA DOMICILIAR: OTIMIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM  
DOMICÍLIO

SÃO PAULO  
2020

PABLO DIRCEU MORAIS TAVARES

VISITA DOMICILIAR: OTIMIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM  
DOMICÍLIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A visita domiciliar faz parte da Atenção Primária à Saúde visando atender às necessidades de acolhimento da população que se encontram, de forma temporária ou permanente, incapacitadas para o deslocamento aos centros de saúde. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família a assistência domiciliar está deixando de ser uma assistência pontual com contexto exclusivamente sanitários e passou a ser parte de um processo de cuidado continuado, integral e multidisciplinar, ampliando para além dos cuidados sanitários como também assistenciais e sociais, inserindo-se dentro de uma lógica da vigilância à saúde. Diante dessa nova abordagem a forma de organizar as visitas domiciliares também tiveram que ser revistas. E uma das novas formas de organizar é a utilização da escala de Coelho. Essa escala, tem como base a ficha de cadastro familiar- ficha A do SIAB, a qual retiram-se informações consideradas como sentinelas para avaliação das situações do cotidiano em que as famílias possam estar expostas, fazendo assim uma pontuação de risco familiar. Através disso podemos organizar a demanda e trazer uma visão mais sensível e objetiva para seleção das famílias. Esse projeto terá como objetivo implantar a escala de Coelho no Centro de Saúde São Marcos com vistas a aprimorar a organização das visitas domiciliares, sendo uma demanda cada vez mais crescente. A utilização da escala em tese é de fácil aplicação por já conter elementos familiares dos profissionais de saúde não demandando uma nova capacitação, apenas orientando a existência dessa nova ferramenta. Espera-se com a aplicação desse projeto que a Escala de Coelho seja inserido como prática diária da equipe, criar um banco de informação de uso compartilhado, revisão periódica e atualização do Banco de Informação em reuniões de equipe de acordo com a realidade de cada risco ou percepção de mudanças feitas pelos profissionais de saúde, melhoria da distribuição de recursos humanos e ações preventivas, e aumento da sensibilidade e especificidade do olhar da equipe frente a população adstrita.

## **Palavra-chave**

Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Equipe de Saúde. Assistência Individualizada de Saúde. Consulta Domiciliar.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Como médico clínico da atenção básica posso perceber que a visita domiciliar faz parte do programa da saúde da família. Através dela amplia-se a promoção e prevenção de saúde da população adscrita que possui graus de limitação para o acesso à saúde in loco. Portanto, elenco como problema a ser trabalhado a necessidade de saber como escolher e organizar tais pacientes, os quais vem apresentando uma demanda crescente seja pelo envelhecimento da população seja pelas doenças crônicas cada vez mais limitadoras.

## ESTUDO DA LITERATURA

A visita domiciliar faz parte da Atenção Primária à Saúde visando atender às necessidades de acolhimento da população que se encontram, de forma temporária ou permanente, incapacitadas para o deslocamento aos centros de saúde. Esse é o conceito mais comumente conhecido pelos profissionais de saúde ou mesmo que utilizam os serviços do SUS, mas podemos ampliar a definição da assistência domiciliar baseando-se pela definição feita pela Organização Mundial da Saúde:

*“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”.*

Partindo desse conceito é necessário resgatar e potencializar estas ações de assistência muitas das vezes desacreditada principalmente pela visão hospitalocêntrica. No entanto vêm ocorrendo mudanças, e a Atenção Primária à Saúde no Brasil vem ganhando força, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família o que repercute direta e indiretamente na assistência domiciliar, que deixou de ser uma assistência pontual com contexto exclusivamente sanitários e passou a ser parte de um processo de cuidado continuado, integral e multidisciplinar, ampliando para além dos cuidados sanitários como também assistenciais e sociais, inserindo-se dentro de uma lógica da vigilância à saúde (BRASIL, 2013).

A Atenção Domiciliar constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2013), segundo a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Dessa forma se torna uma ferramenta de articulação entre a atenção em saúde, a qual potencializa a rede a partir de um cuidado compartilhado, sendo mais horizontal. Por esse meio ocorre a corresponsabilização dos casos pelas equipes de saúde, envolve desde as equipes de atenção primária, equipes dos hospitais e unidades de pronto-atendimento e equipes ambulatoriais especializadas.

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do paciente aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Na atenção domiciliar, traça essa meta. Para isso, é preciso seguir diversos tipos de protocolos de modo que o caminho do paciente siga em rede, visando o cuidado continuado e com resolutividade. Então para que ocorra esta produção do cuidado de modo compartilhado é necessário uma transformação nos modelos técnico assistenciais e hierárquicos, desse modo, as equipes que prestam cuidados domiciliares devem conhecer as necessidades e estar sensíveis às particularidades de cada usuário, além de compartilhar o cuidado de forma conjunta com os

demais equipamentos de saúde do território e, sobretudo, com o cuidador/familiares (BRASIL, 2013).

Ayres (2004), traz que o cuidado compartilhado é ouvir a necessidade do outro e levar em conta seu desejo como produtor de modos de vida. Logo, o cuidado em saúde está baseado num encontro que busca o entendimento mútuo, em que as tecnologias são contempladas, mas não se constituem no foco da ação. Assim, pode-se incorporar as fragilidades subjetivas do paciente, da família e das redes sociais, para além dos riscos biológicos, permitindo ampliar seu repertório de ações, inclui a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

A organização dos serviços de atenção domiciliar na atenção básica é feita com a identificação dos pacientes elegíveis para a AD na territorialização e a partir disso classificar a complexidade desses pacientes, identificando em qual modalidade de AD se enquadram (AD1/AD2/AD3). A organização das três modalidades são pautadas de acordo com grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessária para o cuidado a ser prestado. Dessa forma, os critérios de elegibilidade para a AD se confundem com os critérios que definem a inclusão em cada uma das modalidades. Como pode ser visto no quadro 1:

Quadro 1 - Modalidades de atenção domiciliar

Fonte: BRASIL, 2011

Diante dessa caracterização cabe a cada unidade de saúde analisar com mais profundidade as características da comunidade adstrita e dos recursos disponíveis para assistir as pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade básica como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas.

O Centro de Saúde São Marcos fica localizado na avenida Maria Luiza Pompeo de Camargo, Jardim Campineiro- Campinas/SP. Faz parte da macrozona 9 sendo composta pelas regiões do Distrito de Nova Aparecida e dos bairros Parque Santa Bárbara, Vila Boa Vista, Parque Via Norte, e a região dos Amarais/ Jd. São Marcos/ Jd. Santa Mônica e localizadas na região noroeste do município. Possui uma área de 28,79 Km<sup>2</sup>, correspondendo a 3,61% da área do município e é formada apenas por porção urbana não havendo área rural. Segundo o Censo de 2000 a população total era de 75.747 habitantes, representando 7,81% da população total do município. A população favelada da macrozona, que se concentra principalmente nas regiões dos Jardins São Marcos/ Sta. Mônica/ Campineiro e do Boa Vista, era da ordem de 16.645 habitantes.

Esta macrozona é subdividida em duas Áreas de Planejamento: AP 5 - Região dos Amarais e AP 26 - Região de Aparecidinha/Santa Bárbara/Parque Via Norte. Estão compreendidas na AP5 as seguintes Unidades Territoriais Básicas: UTB 9 - S. Martin e UTB 10 - São Marcos/Amarais; e na AP 26, as Unidades Territoriais Básicas UTB 11 - Nova Aparecida/Pq. Anchieta e UTB 12 - Fazendinha/Santa Bárbara e UTB 13 - Pq. Via Norte.

O contexto histórico também tem grande influência na caracterização e desenvolvimento do bairro Jardim Campineiro. Pois o povoamento rural estava associado à construção de colônias para a mão de obra imigrante nas fazendas de café. Nesse local já existiam comunidades de ex-escravos foragidos das antigas fazendas de Campinas, que estavam dispostas ao longo do Ribeirão dos Quilombos, cujo nome advém desse fato. A maior parte dessas comunidades

quilombolas foi dizimada nas primeiras décadas do século XX devido à incorporação de terras pelas fazendas de café e à abolição da escravatura. Tal fato é percebido pela grande marginalização e dos reflexos históricos que é percebido no bairro.

Segundo o CENSO 2000, a respeito da UTB 10 possui uma população em torno de 18.809 moradores, número certamente superior caso seja feita uma devida atualização. Olhando para o quadro da atenção domiciliar um dos desafios diários na UBS São Marcos, na qual atuo, é selecionar dentre os vários pacientes adscritos qual priorizar o atendimento domiciliar e ainda não deixar de assistir o restante. No momento, utiliza-se o sistema de busca por demanda, a população procura a unidade a medida que tem necessidade, tal mecanismo impede, em parte, o cuidado continuado, pois nem sempre consegue-se dar seguimento de conduta pela dificuldade em retornar no mesmo domicílio com frequência ou mesmo o cuidado fica fragmentado com grandes lacunas de tempo não apresentando tanta efetividade.

Partindo de um dos princípios do SUS, a equidade, e diante de uma população com diferentes perfis e risco dentro de um mesmo bairro e até mesmo diferença de risco entre vizinhos é irrefutável a necessidade de organizar/priorizar o atendimento domiciliar. A visita domiciliar deve ser planejada e sistematizada para que possa ser utilizada como ferramenta efetiva da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, podemos usar a Escala de Coelho para conseguir tal objetivo. Essa escala, tem como base a ficha de cadastro familiar- ficha A do SIAB (figura 1), dela retiram-se informações consideradas como sentinelas para avaliação das situações do cotidiano em que as famílias possam estar expostas, fazendo assim uma pontuação de risco familiar. Através disso podemos organizar a demanda e trazer uma visão mais sensível e objetiva para seleção das famílias (BRASIL, 2013; COELHO, 2004).

Escala de Coelho utiliza dados da ficha A do SIAB sendo chamados de Sentinelas de Risco, devido a relevância epidemiológica, sanitária e nível de impacto na família. Existe uma pontuação para cada sentinela de risco que quando somados classificam em três categorias de risco familiar: menor, médio e máximo. Como pode ser visto na tabela 1 e 2 a baixo:

Tabela 1

Dados da Ficha A do SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore de Risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1

Indivíduo maior de setenta anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

Tabela 2

Escore Total	Risco Familiar
5 e 6	R1 - risco menor
7 e 8	R2 - risco médio
Acima de 9	R3 - risco máximo

Figura 1 Ficha A SIAB

A implementação da Escala de Coelho não demandaria muito da equipe, pois muito das informações contidas já fazem parte do cotidiano dos agentes comunitários e permitiria um olhar holístico da equipe de saúde sobre a população adstrita. O que permite elaborar estratégias com foco na prevenção, direcionar recursos humanos e econômicos de acordo com o risco. Um dos pontos de interesse em abordar a Escala de Coelho é torná-la uma ferramenta diária no centro de saúde em que atuou é devido a alta demanda e a grande vulnerabilidade da população que depende da UBS. Acredito que com tal ferramenta irá otimizar a atenção domiciliar sem sacrificar o cuidado para com a população ou atribuir/exigir ainda mais trabalho para os funcionários (COELHO, 2004).

## **AÇÕES**

Local: Centro de Saúde São Marcos

Público Alvo: Equipe de saúde

Ações:

- \* Como medida de ação a escala de Coelho será apresentada primeiramente para a equipe em que atuo com a intenção de familiarizá-la sobre a informação e como a mesma funciona durante as reuniões em grupo.
- \* Após, será realizado a capacitação da equipe sobre a Atenção Domiciliar já utilizando a Escala de Coelho para que se possa utilizar com mais eficácia e sem prejudicar o trabalho da equipe com um novo sistema e dessa forma criar um banco de informação disponível para toda a Unidade permitindo assim que a mesma fique com um olhar mais preciso frente a demanda já existente dos atendimentos domiciliares.

Avaliação e monitoramento:

1. Será realizado esse movimento a cada semestre para organização do fluxo das visitas domiciliares.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com a aplicação desse projeto que a Escala de Coelho seja inserido como prática diária da equipe, criar um banco de informação de uso compartilhado, revisão periódica e atualização do Banco de Informação em reuniões de equipe de acordo com a realidade de cada risco ou percepção de mudanças feitas pelos profissionais de saúde, melhora da distribuição de recursos humanos e ações preventivas, e aumento da sensibilidade e especificidade do olhar da equipe frente a população adscrita.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Regulamenta o estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 agosto. 2013. p. 45.

COELHO F. L. G., SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004

COELHO, F. L. G. Visita Domiciliar. In: I Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: Qualidade e Transformação. Belo Horizonte, 23 a 25 de Maio de 2003. Palestra.