



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANA PAULA FIUMANA SCOPARO

SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
CARMELINA SILVEIRA CINTRA

SÃO PAULO
2020

ANA PAULA FIUMANA SCOPARO

SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
CARMELINA SILVEIRA CINTRA

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: SIMONE DE CARVALHO SANTOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

Identificou-se na Unidade de Saúde da Família Carmelina Silveira Cintra desorganização na atuação da equipe nas visitas domiciliares e ausência de classificação de risco familiar para identificar as famílias de maior risco e determinar a periodicidade das visitas. Ademais, os pacientes permaneciam desassistidos por muitos meses e o tempo dos profissionais era subutilizado. Portanto, o objetivo deste trabalho foi sistematizar as visitas domiciliares na USF Carmelina Silveira Cintra. Foi elaborado um projeto de intervenção com levantamento de prontuários e utilizou-se a Escala de Coelho. Os resultados esperados abrangem a organização do processo de trabalho relacionado às visitas domiciliares, estratificação de risco, avaliação epidemiológica e melhoria na qualidade do cuidado, garantindo equidade e integralidade para os pacientes que não podem se locomover até a unidade de saúde.

Palavra-chave

Planejamento Estratégico. Visita Domiciliar. Sistema Único de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Localizada no bairro Boa Vista, área rural de Atibaia-SP, a Unidade de Saúde da Família Carmelina Silveira Cintra atende cerca de 2565 indivíduos, números que correspondem à população do bairro no ano de 2019, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Apenas a estrada principal é asfaltada, o transporte público é de difícil acesso, não há rede de esgoto e nas casas é muito comum a presença de poços para manter o abastecimento de água. A equipe da unidade é composta por um médico da estratégia da saúde da família que atua pelo programa Mais Médicos, enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, recepcionista, dentista, técnico em saúde bucal, farmacêutico, auxiliar de farmácia, 5 agentes comunitários de saúde e auxiliar de limpeza. Além disso, o território é subdividido em 6 microáreas.

Na USF Carmelina Silveira Cintra um dos principais problemas é a falta de organização com os pacientes que são acompanhados em regime de visita domiciliar. Não há dados confiáveis do número de pacientes e nenhum tipo de estratificação de risco ou gravidade de suas doenças. Esta é uma situação que sempre existiu, muito antes do início da minha atuação na unidade, e cuja consequência é o prejuízo na qualidade do cuidado, afetando a equidade e longitudinalidade para estes pacientes. Tal problema foi elencado de acordo com a equipe, mas também é uma demanda da gestão. Atualmente a médica da unidade realiza visitas domiciliares a cada 15 dias no período da tarde e os pacientes são escolhidos principalmente pelas queixas e demandas que as ACS's trazem. Desta forma, notou-se que por conta da falta de organização, pacientes acamados, idosos e com doenças crônicas descompensadas permanecem mais de 6 meses sem visita médica. Ademais, como a unidade é localizada em zona rural e as casas são muito distantes umas das outras, gasta-se muito tempo com deslocamento e geralmente são visitados apenas 4 pacientes por período, portanto é essencial estruturar o roteiro das visitas para aproveitar da melhor maneira possível o tempo disponível. Também vale ressaltar que devido ao fato da agenda estar "vazia" nos dias das visitas muitas vezes este período é destinado para resolver outras pendências ou renovar receitas que se acumularam e as visitas domiciliares ficam em segundo plano.

ESTUDO DA LITERATURA

A atenção domiciliar consiste numa 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. Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (BRASIL, 2011)

No Brasil, os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no país com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA; et al., 2010).

A Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, consideraram o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria (BRASIL, 2011).

O dilema passou a ser: quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar as famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco? Ou, por outro lado, ao realizar cobertura de todas ou a maioria das famílias, estaríamos desprivilegiando as mais necessitadas? É princípio fundamental do SUS a equidade, o que na prática significa tratar desigualmente os desiguais. E, com isto, há que se determinar uma maneira de diferenciar tais famílias. No intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à população adscrita, elaborou-se a Escala de Risco das Famílias (tabela 1), baseada em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção.(COELHO, 2004).

Tabela 01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Escore 5 ou 6 = R1 (risco menor)

Escore 7 ou 8 = R2

Maior que 9 = R3 (risco máximo)

AÇÕES

O objetivo deste trabalho é estratificar os pacientes que são atendidos pela atenção domiciliar, por meio de uma planilha com seus dados (tabela 2), de forma que auxilie no planejamento e organização das visitas domiciliares. Será utilizada a Escala de Coelho (Escala de Risco das Famílias) para determinar a periodicidade das visitas: escore 5 ou 6 = R1 (risco menor) a cada 6 meses; escore 7 ou 8 = R2 a cada 3 meses; maior que 9 = R3 (risco máximo) a cada 30 dias. Esta planilha será preenchida e organizada pelo médico e enfermeiro da unidade no período de janeiro a maio de 2020; os ACSs serão responsáveis pela busca ativa de pacientes acamados até então não identificados e que necessitam de visitas domiciliares e por aplicar a Escala de Coelho. As ações serão realizadas quinzenalmente pelo médico e enfermeiro e semanalmente pelos ACSs. Após a implantação da planilha na rotina das visitas domiciliares, os benefícios e vantagens de seu uso serão reavaliados em reunião de equipe verificando se houve melhora no planejamento e no cuidado dos pacientes atendidos.

Atualmente as visitas médicas ocorrem a cada 15 dias, sendo possível visitar em média 4 pacientes por período. Visto que o tempo gasto no trajeto é considerável (há áreas que distam até 8 km da unidade de saúde, com acesso por estrada sem pavimentação), iremos organizar as visitas do dia por microárea, destinando 3 visitas para os pacientes com doenças crônicas e 1 visita para casos agudizados/ demanda de urgência.

Tabela 2: pacientes da USF Boa Vista – visita domiciliar

Nome	Data de Nascimento	Nº prontuário	Diagnósticos	Medicações de uso contínuo	Escala de Coelho	Data das visitas

RESULTADOS ESPERADOS

Posteriormente à estratificação dos pacientes da atenção domiciliar (AD), as visitas irão ocorrer de forma mais organizada no tempo, respeitando as necessidades dos intervalos entre elas para cada família com base na Escala de Coelho, atendendo ao princípio de equidade do SUS. Ademais, a AD também será estruturada no espaço de forma mais sensata, para que sejam visitados pacientes em uma mesma microárea por período, evitando-se despender tempo excessivo no transporte entre áreas afastadas. Espera-se que haja melhora no controle das doenças crônicas desses pacientes e estreitamento do vínculo com a unidade de saúde, contribuindo de forma positiva na qualidade de vida dos pacientes da AD e, de forma similar, na satisfação profissional entre os membros da equipe de saúde.

Foram identificados 13 pacientes que devido impossibilidade de locomoção até a unidade são acompanhados por meio da AD pela equipe da USF Carmelina Silveira Cintra, sendo 46% sexo feminino e 54% sexo masculino. Além disso, 84,62% dos pacientes são idosos, conforme o gráfico 1, e 46% são acamados. Ao aplicar a Escala de Coelho, ficou evidenciado que a maioria das famílias apresenta risco máximo, 69,23% com pontuação maior ou igual a 9, conforme o gráfico 2. Ademais, o gráfico 3 indica a prevalência de comorbidades nestes pacientes. Estes números indicam que a maneira como as visitas domiciliares ocorriam previamente estava prejudicando a equidade para estes pacientes, visto que a maioria apresenta risco elevado e doenças crônicas que requerem seguimento clínico periódico. Além disso, o número de pacientes identificados não é elevado e visto que as visitas ocorrem a cada 15 dias é possível, tranquilamente, garantir a periodicidade adequada para cada um deles e ainda destinar outras visitas para demandas agudas de pacientes que eventualmente não possam ir até a unidade. Estes dados foram apresentados e discutidos em reunião de equipe, sendo que todos concordaram que após a estratificação e avaliação do perfil epidemiológico destes pacientes as visitas domiciliares serão mais organizadas e a qualidade do cuidado prestado a estes pacientes será superior. Têm acesso à tabela no Excel com os dados destes pacientes a médica e o enfermeiro da unidade, sendo possível editá-la sempre que necessário e garantir a revisão periódica das últimas visitas e programação das subsequentes.

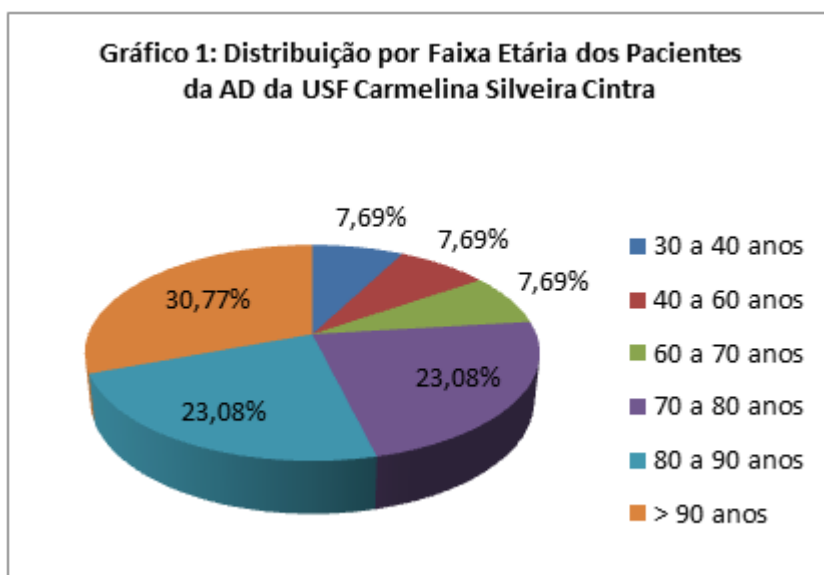


Gráfico 2: Resultado da Escala de Coelho dos Pacientes da AD da USF Carmelina Silveira Cintra

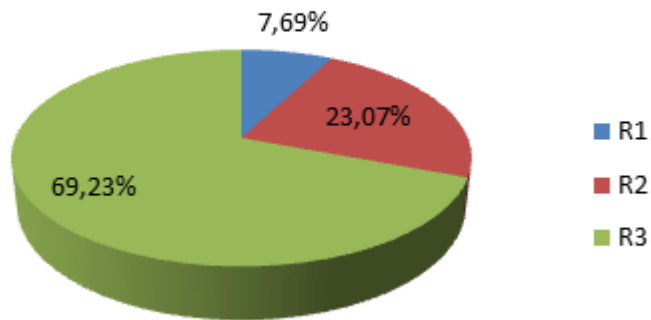
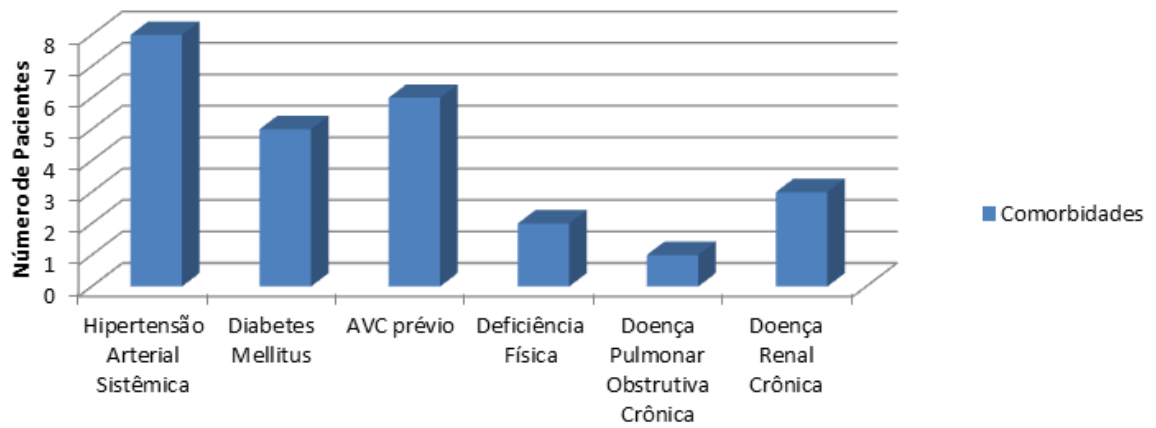


Gráfico 3: Comorbidades dos Pacientes da AD da USF Carmelina Silveira Cintra



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo do Melhor em Casa*. 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. fe 2010, n. 1, p. 166-176, 2010.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 2, p. 19-26, 17 nov. 2004.