



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MARCELO DA SILVA COSTA

GESTÃO DA VISITA DOMICILIAR À IDOSOS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE

FORTALEZA – CE
2019

MARCELO DA SILVA COSTA

GESTÃO DA VISITA DOMICILIAR À IDOSOS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Me. Maria Fabiana de Sena Neri

FORTALEZA – CE

2019

MARCELO DA SILVA COSTA

**GESTÃO DA VISITA DOMICILIAR À IDOSOS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 30/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Maria Fabiana de Sena Neri (Orientadora)

(1^ª Examinador)

(2^º Examinador)

RESUMO

A população idosa apresenta características especiais em relação à natureza de seus agravos, à forma de adoecimento e à utilização dos serviços de saúde. O envelhecimento não implica necessariamente o adoecimento, porém representa maior dependência, fragilidade e vulnerabilidade que é diretamente proporcional à maior idade cronológica do indivíduo, associada ao contexto social e ambiental em que o idoso está inserido, o que exige um amplo redimensionamento das práticas de saúde em função das novas demandas impostas pelos idosos. Este projeto tem como objetivo implementar Visitas Domiciliares a idosos vulneráveis, estabelecendo abordagem multidisciplinar de qualidade e contínua, centrada na pessoa e em seu contexto social. Trata-se de um Projeto de Intervenção, do tipo exploratório, de abordagem qualitativa. Foi realizado durante os meses de novembro/2018 a junho/2019, na Unidade Básica de Saúde Deserto, em Itapipoca/Ceará. Os instrumentos de coleta utilizados foram a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, e a Escala de Risco e Vulnerabilidade para atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Em relação à primeira escala, das famílias visitadas, foram identificadas que vinte delas apresentaram escores de Risco familiar. Nove famílias apresentaram Risco Mínimo (R1), quatro famílias, Risco Médio (R2) e sete famílias, Risco Máximo (R3). A partir dos dados obtidos pela escala de risco e vulnerabilidade, percebe-se que mais da metade dos pacientes apresentam risco Alto e Muito Alto, onde o tempo médio de Visita Domiciliar deve variar de 15 dias a 3 meses, a depender de cada caso. Acredita-se que este projeto de intervenção alcançou os objetivos inicialmente propostos, porém, não deve ser considerada uma atividade pontual. Para que continue a ter êxito, é necessário que a estratificação de risco e as escalas de avaliação da vulnerabilidade continuem sendo realizadas e implementadas com o intuito de ordenar o cuidado prestado pelas equipes e ofertar qualidade na assistência aos pacientes no conforto de seu domicílio.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Idosos; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The elderly population presents special characteristics regarding the nature of their diseases, the form of illness and the use of health services. Aging does not necessarily imply sickness, but it represents a greater dependence, fragility and vulnerability that is directly proportional to the chronological age of the individual, associated to the social and environmental context in which the elderly person is inserted, which requires a broad scaling up of health practices due to the new demands imposed by the elderly. In this context, Home Care came into being. This project aims to implement Home Visits to vulnerable elderly people, establishing a multidisciplinary approach of quality and continuous, focused on the person and their social context. It is an Intervention Project, of the exploratory type, with a qualitative approach. It was carried out during the months of November / 2018 to June / 2019, at the Basic Health Unit of Deserto, in Itapipoca / Ceará. The collection instruments used were the Family Risk Scale of Coelho and Savassi, and the Scale of Risk and Vulnerability for home care in the Primary Health Care. Regarding the first scale, of the families visited, twenty were identified as having Family Risk Scores. Nine families presented Minimum Risk (R1), four families, Average Risk (R2) and seven families, Maximum Risk (R3). From the data obtained by the risk and vulnerability scale, it can be seen that more than half of the patients present a high and very high risk, where the mean RV time should vary from 15 days to 3 months, depending on each case. It is believed that this intervention project reached the objectives initially proposed, however, it can not be considered a specific activity. In order for it to continue to succeed, risk stratification and vulnerability assessment scales must continue to be implemented and implemented with the aim of ordering the care provided by the teams and providing quality patient care in the comfort of their home.

Keywords: Home visit; Seniors; Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE:	Agente de Combate à Endemias
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AD:	Atenção Domiciliar
AVC:	Acidente Vascular Cerebral
AVD:	Atividades de Vida Diária
DM:	Diabetes Mellitus
EMAD:	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP:	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSF:	Equipe Saúde da Família
ESF:	Estratégia Saúde da Família
HAS:	Hipertensão Arterial Sistêmica
SAD:	Serviços de Atenção Domiciliar
SIAB:	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBS:	Unidade Básica de Saúde
VD:	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa - Cuidados em Domicílio.....	12
Quadro 2:	Classificação dos Escores.....	18
Quadro 3:	Escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na APS.....	19
Quadro 4:	Palliative Performance Scale – PPS Versão 2.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.....	17
Tabela 2:	Classificação de risco e vulnerabilidade, de acordo com a pontuação e planejamento temporal das próximas visitas.....	19
Tabela 3:	Distribuição de agravos a saúde em idosos por faixa etária e sexo - UBS Deserto – Itapipoca/Ceará (Nov/2018 – Jan/2019).....	22
Tabela 4:	Resultado da aplicação da Escala de Savassi e Coelho por microárea, UBS Deserto (2019).....	24
Tabela 5:	Classificação do Risco Familiar quanto ao Escore de Coelho e Savassi.....	24
Tabela 6:	Classificação do Risco e Vulnerabilidade segundo Ribeiro, Fiuza e Pinheiro.....	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROBLEMA	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo Geral.....	15
4.2 Objetivos Específicos.....	15
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS	16
5.1 Tipo de estudo.....	16
5.2 Período e Local do estudo.....	16
5.3 População e Amostra do estudo.....	16
5.4 Descrição das atividades desenvolvidas	17
5.6 Instrumentos de Coleta de Dados	21
5.6 Aspectos Éticos.....	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
6.1 Panorama Situacional da população idosa atendida pela UBS Deserto	22
6.2 Aplicação da Escala de Risco Familiar de Savassi e Coelho.....	23
6.3 Aplicação da Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS, de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano tem se tornado um importante tema de discussão em diversos países no mundo, inclusive no Brasil, a partir da observação do aumento significativo da estimativa de vida da população. Este fato se deve diretamente à melhoria das condições de vida, de saneamento básico, de trabalho, de educação, bem como ao acesso facilitado aos diversos níveis de saúde e condições tecnológicas que possibilitaram que se vivesse melhor e com mais qualidade (SANTOS; CUNHA, 2017).

Estudos comprovam que a expectativa de vida ao nascer no Brasil chegará aos 80 anos em 2025, devido às mudanças ocorridas nas condições de vida da população e queda nas taxas de natalidade (transição demográfica), dentre outros fatores. Com a mudança do perfil sócio-demográfico brasileiro, as necessidades de saúde têm-se modificado gradativamente, ampliando os problemas sociais e desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas (BRASIL, 2012).

Considerando todas estas mudanças, observa-se que a população idosa apresenta características especiais em relação à natureza de seus agravos, à forma de adoecimento e à utilização dos serviços de saúde. O envelhecimento não implica necessariamente o adoecimento, porém representa maior dependência, fragilidade e vulnerabilidade que é diretamente proporcional à maior idade cronológica do indivíduo, associada ao contexto social e ambiental em que o idoso está inserido, o que exige um amplo redimensionamento das práticas de saúde em função das novas demandas impostas pelos idosos (SANTOS; CUNHA, 2017).

Abrangendo todos estes fatores, os serviços viram a necessidade de modificar e reformular o modelo de atenção à saúde, para atender à demanda da população idosa. A partir disto, surgiu a Atenção Domiciliar (AD), com o intuito de promover a desospitalização e a rapidez no processo de alta hospitalar, proporcionando o cuidado continuado no conforto do domicílio e evitando hospitalizações desnecessárias. Este sistema apoia as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado prestado aos pacientes que necessitam de assistência à saúde no domicílio, estabelecidos de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASIL 2012).

De acordo com a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD 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” (BRASIL, 2011).

Historicamente no Brasil, a atenção prestada no domicílio surgiu inicialmente através dos médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus clientes com maior poder aquisitivo em casa, promovendo assistência humanizada e de qualidade. Já a população mais pobre recorria aos serviços filantrópicos, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006).

De acordo com Silva *et al.*, (2010), os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960, tendo se expandido com maior força a partir da década de 1990, com a criação de diversas normativas específicas, dentre leis e portarias, que pudessem nortear o funcionamento destes serviços.

Dentre os diversos documentos criados, a atual normativa que está vigente atualmente é a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, que revogou a Portaria nº 2.029, redefinindo a atenção domiciliar e estabelece normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), além de outros itens abordados pela portaria.

Na perspectiva da Atenção Básica, a AD oferecida aos usuários enquadra-se na modalidade AD1. Fazem parte desta modalidade os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (AVD), que não possam se deslocar até a unidade de saúde e que necessitam de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da Atenção Básica. As modalidades AD2 e AD3 referem-se a necessidades de saúde mais complexas não ofertadas no âmbito da ESF (BRASIL, 2011).

Uma das estratégias utilizadas dentro da AD é a adoção da Visita Domiciliar (VD) como modalidade de atendimento, que se caracteriza pela visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar suas necessidades de saúde e as de sua família, pressupondo uma ação complexa que exige técnica e periodicidade da equipe de saúde, a partir das necessidades evidenciadas (REHEM; TRAD, 2005).

Esta modalidade de cuidado propiciou maior conforto e segurança ao idoso e sua família, como também promoveu cuidado humanizado e mais qualidade de vida, quando comparada ao atendimento institucional. Porém, a concretização desta perspectiva requer um diagnóstico situacional que possibilitem aos profissionais conhecer efetivamente a realidade de saúde da população idosa e da sua dinâmica domiciliar e familiar, favorecendo o planejamento do serviço de saúde sob a ótica do princípio da equidade, priorizando aqueles que mais necessitam de cuidados (SANTOS; CUNHA, 2017).

De acordo com o manual sobre o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), as atribuições dos profissionais que atuam na Atenção Básica (AB) no atendimento à pessoa idosa relacionada especificamente aos cuidados em domicílio, são (BRASIL, 2006):

Quadro 1: Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa - Cuidados em Domicílio

Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização.
Médico(a)	Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Enfermeiro(a)	Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou demais espaços comunitários.
Dentista	Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
Técnico de Higiene Dental	Realizar atividades de educação permanente referente à atenção à pessoa idosa, junto aos demais profissionais da equipe.

Fonte: BRASIL, 2006.

Desta forma, compreende-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) utiliza um modelo de atenção à saúde inserido no contexto da Atenção Básica (AB), que se organiza sob a perspectiva do trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito, desenvolvendo ações a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população que vivem neste território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Diante da avaliação das novas demandas de saúde da população idosa, observa-se a necessidade de realizar um diagnóstico situacional acerca da necessidade de implementar a Atenção Domiciliar voltada para este grupo, em especial a realização da VD, principalmente para os idosos mais vulneráveis, onde a equipe de saúde deve buscar oferecer atendimento integral, considerando e respeitando as singularidades de cada sujeito.

A vulnerabilidade/fragilidade em idosos não possui uma definição consensual. Consiste em uma síndrome multidimensional que envolve uma gama de fatores biológicos, psicológicos e sociais, considerados individualmente, culminando em um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, dentre eles: declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, 2011).

A finalidade deste projeto de intervenção é identificar estes fatores, a partir da realização da estratificação de risco dos idosos em um determinado território, com o intuito de implementar visitas domiciliares a idosos mais vulneráveis, garantindo a qualidade e continuidade do cuidado prestado pela equipe de Saúde da Família (eSF).

2 PROBLEMA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito Deserto, localizada no município de Itapipoca/Ceará, conta com uma população adstrita em seu território de 4.126 pessoas, das quais 287 são idosos (>60 anos), o que representa aproximadamente 7% da população total residente no território vinculado à unidade. Como visto anteriormente, os idosos demandam maiores cuidados aos serviços e profissionais de saúde, pois observa-se nesta população um risco aumentado para o surgimento de agravos e doenças crônico-degenerativas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, Dislipidemias, Acidente Vascular Cerebral (AVC), dentre outras diversas patologias.

Ao realizar um diagnóstico situacional superficial da unidade, observou-se que não havia uma dimensão acerca da quantidade de idosos que precisavam receber assistência à saúde no âmbito da VD, pois ainda não havia sido aplicada alguma escala de estratificação de risco ou escala de risco familiar relacionadas aos idosos, que pudessem responder às lacunas: Em que momento realizar a visita domiciliar? A quem visitar? Qual a frequência das Visitas Domiciliares na agenda de uma equipe? Qual integrante da equipe deve realizar as visitas? Por que visitar? Como visitar?

Fazendo um estudo da literatura sobre o assunto, percebeu-se que já existem instrumentos validados capazes de auxiliar os profissionais da equipe de saúde a responder essas questões, pois realizam uma avaliação ampla sobre os principais fatores que norteiam a execução das visitas domiciliares de forma organizada e periódica.

A partir desta percepção, notou-se a necessidade de se aplicar estes instrumentos, com o objetivo de organizar melhor a assistência prestada, identificando as principais vulnerabilidades e fragilidades dos idosos atendidos pela UBS Deserto, a fim de estabelecer e definir o planejamento sobre a VD, que se configura importante ferramenta de atendimento às populações que estão impossibilitadas de se deslocarem até a unidade de saúde, garantindo a qualidade e continuidade do cuidado ofertados pelas equipes multidisciplinares.

3 JUSTIFICATIVA

Este projeto de intervenção justifica-se pela necessidade de aplicação de instrumentos validados que auxiliem os profissionais de saúde a investigar/mensurar o número de pacientes idosos que necessitam de VD, através da normatização de critérios para elegibilidade da VD, identificação de grupos prioritários e a frequência de VD a serem realizadas por paciente, através da utilização da Escala de Risco, construída por Savassi e Coelho (2012) e a aplicação do questionário para avaliação do Risco e Vulnerabilidade Familiar, de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro (2019).

Os resultados obtidos a partir dos dados coletados nestes instrumentos servem para qualificar o cuidado e a assistência à saúde prestada aos sujeitos, levando em consideração os fatores individuais e a identificação de fatores predisponentes a vulnerabilidades em idosos, adequando a visita domiciliar de acordo com o perfil e demanda de saúde de cada paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Implementar Visitas Domiciliares a idosos em situação de vulnerabilidade, estabelecendo abordagem multidisciplinar de qualidade e contínua, centrada na pessoa e em seu contexto social.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as necessidades dos sujeitos em visita domiciliar;
- Identificar facilidades e dificuldades na visita domiciliar.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa configura-se como um Projeto de Intervenção, do tipo exploratório, de abordagem qualitativa. Para Gil (2017), a pesquisa exploratória permite uma maior aproximação entre o pesquisador e o tema a ser pesquisado, uma familiaridade com o problema, tornando-o mais claro.

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. É utilizado principalmente quando se trata de uma pesquisa voltada na abordagem e caracterização de determinado grupo, procurando investigar mais profundamente os grupos e seguimentos delimitados e focalizados, por meio de histórias sociais sob a ótica de atores e em relações dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2010).

5.2 Período e Local do estudo

Este Projeto de Intervenção foi realizado durante os meses de novembro de 2018 a junho de 2019, na Unidade Básica de Saúde Deserto, localizada no município de Itapipoca/Ceará (6ª Coordenadoria Regional de Saúde, que compõe a Macrorregião de Fortaleza).

Deserto é um distrito localizado a 13km de distância de município de Itapipoca, cujo acesso se dá pela CE 354, distante cerca de 120km de Fortaleza. A UBS de Deserto atende a população residente neste distrito, como também outras localidades circunvizinhas: Mangueira, Recanto e Lagoa de Baixo.

5.3 População e Amostra do estudo

A Unidade Básica de Saúde Deserto conta com uma população adstrita em seu território de 4.126 pessoas, das quais 287 são idosos (>60 anos), o que representa aproximadamente 7% da população total residente no território vinculado à unidade. A equipe de saúde da unidade é composta pelos seguintes profissionais: três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo uma área descoberta; um enfermeiro; um médico; um auxiliar de enfermagem; um técnico de enfermagem; um Agente de Combate a Endemias (ACE) e um auxiliar de saúde bucal.

Para seleção da amostra, foi realizada uma reunião com as ACS, onde foi discutido quais idosos apresentavam fatores de risco/vulnerabilidade a serem avaliados e que necessitavam de VD da equipe. Ao fim deste processo, foram selecionadas vinte famílias para aplicação das escalas e das atividades planejadas.

5.4 Descrição das atividades desenvolvidas

Primeiramente, foi realizada a aplicação da Escala de Risco Familiar, de Savassi e Coelho (2012), como instrumento de priorização das VD, durante o mês de novembro, juntamente com as ACS, aplicada em vinte idosos que receberam visita da eSF. Esta escala é baseada nos dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a partir de onde foram identificados os escores de risco:

Tabela 1: 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

Fonte: Savassi e Coelho (2012).

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 risco menor a R3 risco máximo (Quadro 2):

Quadro 2: Classificação dos Escores

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

Fonte: Savassi e Coelho (2012).

Após aplicação da Escala de Risco Familiar, foi realizado um diagnóstico de situação inicial dos pacientes que receberam VD, com o intuito de averiguar a quantidade de idosos, em quais microáreas esta população reside e qual o risco familiar no qual os mesmos estão inseridos, a partir da interpretação dos resultados da escala de Savassi e Coelho. Nos dois meses subsequentes a esta etapa, as visitas domiciliares foram planejadas e organizadas de acordo com os riscos encontrados nos escores avaliados, pois alguns dados encontrados na escala referem-se diretamente a fatores de risco para os idosos, e outros referem-se a fatores familiares e ambientais que interferem neste processo.

Os idosos que apresentaram escore de Risco Médio e Máximo foram priorizados na implementação das atividades desenvolvidas pela equipe, com VD mais regulares, avaliação do quadro clínico dos pacientes, diagnóstico e tratamento de comorbidades e orientação aos familiares quanto às medicações e cuidados gerais ao paciente, além de acompanhamento contínuo realizado por toda a equipe, a partir do acompanhamento feito pelas ACS e pelas intervenções e resultados esperados, aplicados pela equipe a partir da avaliação da escala de Savassi e Coelho (2012).

Posteriormente, ao aplicar a escala de Escala de Risco Familiar, interpretar os resultados e implementar as intervenções iniciais, foi realizada a aplicação de outro instrumento de validação para VD: a escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS), de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro.

Como vários dos pacientes em situação de atenção domiciliar são idosos, com várias comorbidades associadas, em uso de várias medicações, em situação de fragilidade e dependência funcional, os autores elaboraram uma escala para avaliação destes pacientes e suas famílias, levando em consideração os seguintes critérios: idade, condição clínica, uso de polifarmácia, funcionalidade (Atividades de Vida Diária – AVDs), mobilidade, síndrome da fragilidade, suporte familiar e necessidade de cuidados paliativos (PINHEIRO; FIUZA; RIBEIRO, 2019).

Quadro 3: Escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na APS

Indicador	Situação	Escore de Risco e Vulnerabilidade	Pontuação obtida
Idade	75 a 84 anos	1	
	> 85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação Clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
Dependência Funcional	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de Queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar	1	
	Sobrecarga do cuidador	2	
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	2 (cada)	
Cuidados Paliativos	PPS(*)80 A 100	2	
	PPS 50 A 70	5	
	PPS 30 A 50	8	
	PPS < 20	10	
	*PPS: <i>Palliative Performance Scale</i>		

Total

Fonte: Ribeiro, Fiuza e Pinheiro (2019).

De acordo com a pontuação obtida na escala, os resultados podem ser classificados pelo risco e vulnerabilidade de cada pessoa e planejar as próximas visitas, de acordo com a Tabela:

Tabela 2: Classificação de risco e vulnerabilidade, de acordo com a pontuação e planejamento temporal das próximas visitas.

Classificação de Risco e Vulnerabilidade	Escore	Tempo médio para planejamento das próximas visitas
Baixo	Até 5	6 meses a 1 ano
Médio	6 a 10	4 a 6 meses
Alto	11 a 15	2 a 3 meses
Muito Alto	Maior que 16	1 a 2 meses

Fonte: Ribeiro, Fiuza e Pinheiro (2019).

A PPS*: *Palliative Performance Scale*: Escala de Performance Paliativa (PPS) é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliação e classificação de cuidados paliativos, sendo

um instrumento validado para o contexto e língua portuguesa em 2009 (MACIEL; CARVALHO, 2009). Este escore é pontuado somente quando o paciente necessita de Cuidados Paliativos, identificados a partir do diagnóstico e avaliação clínica de seu estado de saúde. Está aqui representado pois uma das pacientes visitadas apresentava metástase, onde foi aplicada esta etapa da escala.

Quadro 4: Palliative Performance Scale – PPS Versão 2

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para o hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- Confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- Confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- Confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- Confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: MACIEL; CARVALHO, 2009.

5.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta utilizados foram: Escala de Risco Familiar, de Savassi e Coelho (2012) e a Escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS), de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro (2019).

5.6 Aspectos Éticos

Trata-se de uma pesquisa inserida, realizada no contexto do trabalho feito com as famílias adstritas à unidade de saúde, onde buscou-se respeitar a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos e os princípios da bioética em pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Panorama Situacional da população idosa atendida pela UBS Deserto

Para construção dos resultados desta intervenção, foi realizado um Panorama Situacional do atendimento ao idoso, para facilitar a compreensão da realidade local e identificar fatores de risco para elegibilidade das visitas domiciliares.

Em relação às características sociodemográficas dos idosos atendidos, a população residente no distrito Deserto vem desenvolvendo um perfil heterogêneo, uma vez que parte da população está habituada à agricultura familiar. Já a parcela situada entre 40 e 60 anos desenvolve um misto de atividades, entre agricultura familiar, pequenos comércios, atividades autônomas e prestação de serviços, setores produtivos e comerciais presentes na Zona Urbana do município.

O distrito enfrenta algumas dificuldades quanto a questão sanitária, tendo em vista que não possui rede de esgoto e os efluentes são direcionados às fossas. Algumas localidades não dispõem de acesso à água tratada pelo sistema de abastecimento, sendo que a captação é pelo armazenamento de água da chuva ou por “caminhão-pipa” em cisternas. Isto influencia diretamente na ocorrência de doenças de cunho sanitário.

Em relação às morbidades e agravos mais presentes na população estudada, muitos dos idosos apresentam doenças crônico-degenerativas e/ou agravos à saúde como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2, Demência, Acidente Vascular Cerebral, dentre outras patologias, como representado mais detalhadamente na tabela abaixo:

**Tabela 3: Distribuição de agravos a saúde em idosos por faixa etária e sexo
UBS Deserto – Itaipoca/Ceará (Nov/2018 – Jan/2019)**

FAIXA ETÁRIA	60-69 ANOS			70-79 ANOS			80-89 ANOS			> 90 ANOS			TOTAL		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
MORBIDADE															
Hipertensão Arterial (HAS)	28	52	80	4	12	16	16	4	20	4	8	12	52	76	128
Diabetes Mellitus	18	24	42		4	4	4	4	8		8	8	22	40	62
Demência	3	5	8										3	5	8
Doença Cardíaca	2	1	3	1	1	2							3	2	5
Obesidade	1	2	3		2	2							1	4	5
Acidente Vascular Cerebral (AVC)		4	4											4	4
Dislipidemias	1	2	3										1	2	3
Outros agravos	16	20	36	20	24	44	16		16		4	4	52	48	100

Fonte: UBS Deserto – Itaipoca/Ceará.

Como observado na tabela, a maioria dos idosos atendidos encontra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos. Muitos destes pacientes apresentam mais de uma patologia associada, como HAS e DM. Cerca de 190 idosos fazem uso de medicação contínua para controle e compensação de seus problemas de saúde, o que demonstra, em muitos casos, a dependência que o idoso tem de um cuidador para administração das medicações.

A população tem acesso à Consulta Médica e de Enfermagem, cujo cronograma semanal é voltado para atender tanto a grupos específicos, quando demanda espontânea das pessoas que procuram atendimento na UBS. Existe uma proximidade entre Médico, Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde que tem conhecimento da população e dos pacientes, por meio da formação de vínculos.

Os próprios funcionários têm um grande conhecimento da população, que também facilita o acesso, visto que a população tem uma boa adesão e procura pelos serviços da UBS. São dispensadas medicações na própria UBS, que tem maior demanda de prescrição pelo receituário simples. Além disso, são marcados exames complementares e consulta com diversos especialistas pela própria unidade, onde o paciente recebe a ficha com o agendamento.

A identificação inicial da realidade do território foi importante para pactuar com a equipe de saúde onde iniciar as VD e quais idosos seriam visitados primeiro, para poder dar-se início à aplicação dos instrumentos selecionados para a coleta de dados deste Projeto de Intervenção, com a finalidade criar um critério para a implementação das VD principalmente para os idosos vulneráveis, através da identificação dos fatores de risco presentes nas duas escalas.

6.2 Aplicação da Escala de Risco Familiar de Savassi e Coelho

A partir da realização do panorama situacional, as visitas domiciliares foram planejadas, organizadas e realizadas juntamente com as três ACSs, durante um mês. Neste período, foi implementada a Escala de Risco Familiar, de Coelho e Savassi, como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Das quatro microáreas identificadas, uma permanece como área descoberta, sem a presença de um ACS responsável pela região, o que dificultou a aplicação do questionário nesta área específica, pois as ACSs não conheciam bem o território descoberto. A Escala de Savassi e Coelho foi aplicada nas quatro microáreas, como apresentado na tabela abaixo:

Tabela 4: Resultado da aplicação da Escala de Coelho e Savassi por microárea, UBS Deserto (2019)

MICROÁREA	ACS	RISCO FAMILIAR	QUANTIDADE VD
01	ACS 1	R1 – Risco Menor: 0 R2 – Risco Médio:0 R3 – Risco Máximo:0	Escore < 5
02	ACS 2	R1 – Risco Menor: 09 R2 – Risco Médio: 03 R3 – Risco Máximo: 02	14
03	ACS 3	R1 – Risco Menor: 0 R2 – Risco Médio: 0 R3 – Risco Máximo: 04	04
04	Área Descoberta	R1 – Risco Menor: 0 R2 – Risco Médio: 01 R3 – Risco Máximo: 01	02
TOTAL	--	--	20

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na Escala de Risco Familiar (SAVASSI; COELHO, 2012).

Durante a realização da VD às famílias, o paciente e/ou o cuidador responsável foi comunicado sobre a aplicação da Escala de Risco Familiar, autorizando a realização da coleta de dados. Foram avaliadas as condições descritas pela escala (Paciente acamado, deficiência física e/ou mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, <6 meses, >70 anos, HAS, DM e relação morador/cômodo) e somados a pontuação obtida pelos escores, obtendo os seguintes resultados:

Tabela 5: Classificação do Risco Familiar quanto ao Escore de Coelho e Savassi

ESCORE TOTAL	RISCO FAMILIAR	QUANTIDADE
5 ou 6	R1 – Risco Menor	9
7 ou 8	R2 – Risco Médio	4
Acima de 9	R3 – Risco Máximo	7
TOTAL	--	20

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na Escala de Risco Familiar (SAVASSI; COELHO, 2012).

Das famílias visitadas, foram identificadas que vinte delas apresentaram escores de Risco Familiar. As famílias que pontuaram escore < 5 não foram considerados para esta pesquisa, pois, segundo o Classificação de Coelho e Savassi, não apresentam Risco Familiar. Nove famílias apresentaram Risco Mínimo (R1), quatro famílias apresentaram Risco Médio (R2) e sete famílias visitadas apresentaram Risco Máximo (R3). É possível observar que há uma diferença considerável de riscos familiares identificados por regiões de um mesmo

território, onde percebe-se que a Microárea 2 apresenta números bem superiores de escores de risco em relação às outras.

Este achado corrobora com os resultados de Savassi e Coelho (2012), em pesquisa aplicada em um território de Minas Gerais, onde os autores também observaram diferenças significativas de Risco Familiar em diferentes microáreas. Desta forma, os autores trazem que dentro de uma mesma equipe, diferentes microáreas possuem diferentes avaliações de risco, podendo-se estabelecer estratégias para priorizar VD nas regiões que apresentam maiores escores, além de maior investimento em relação aos recursos humanos e financeiros.

Pereira *et al.*, (2009) afirma que a Escala de Savassi e Coelho é um importante instrumento de avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações da equipe. Embora seja utilizada inicialmente para a estratificação do risco para elegibilidade de atendimento domiciliar, a escala também pode ser considerada um instrumento de planejamento que incorpora critérios claros e de fácil aplicação, sendo utilizada, ainda, para o mapeamento da rede social para o núcleo familiar.

Após a aplicação da escala de Risco Familiar e avaliação dos escores de risco, as visitas domiciliares foram planejadas de acordo com o maior risco, priorizando as famílias que apresentaram mais critérios de elegibilidade para VD. Porém, para complementar melhor a classificação, foi aplicada em sequência a Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS), de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro, que é um instrumento de validação da VD mais detalhado, porém não substitui a aplicação da Escala de Risco Familiar, onde os resultados dos dois instrumentos contribuem para a avaliação da necessidade da VD, respondendo às lacunas inicialmente propostas neste Projeto de Intervenção: Em que momento realizar a visita domiciliar? A quem visitar? Qual a frequência das Visitas Domiciliares na agenda de uma equipe? Qual integrante da equipe deve realizar as visitas? Por que visitar? Como visitar?

6.3 Aplicação da Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS, de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro

Após a implementação da Escala de Risco Familiar e avaliação inicial de seus resultados, foi aplicada a Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS, elaborada por Ribeiro, Fiuza e Pinheiro (2019), que avalia critérios como idade, presença de multimorbidades, uso de polifarmácia, dependência funcional (realização das AVDs),

mobilidade, suporte familiar, fragilidade e cuidados paliativos. A classificação observada nos pacientes foi a seguinte:

Tabela 6: Classificação do Risco e Vulnerabilidade segundo Ribeiro, Fiuza e Pinheiro

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE	ESCORE	TEMPO MÉDIO PARA VISITAS	QUANTIDADE
Baixo	ATÉ 5	6 meses a 1 ano	2
Médio	5 – 10	4 a 6 meses	7
Alto	10 – 15	2 a 3 meses	6
Muito Alto	> 15	Quinzenal a mensal	5
TOTAL	--	--	20

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na Escala de Risco e Vulnerabilidade (RIBEIRO; FIUZA; PINHEIRO, 2019)

A partir dos dados obtidos pela escala de risco e vulnerabilidade, percebe-se que mais da metade dos pacientes apresentam risco Alto e Muito Alto, onde o tempo médio de VD varia de 15 dias a 3 meses, a depender de cada caso. Estes dados encontrados convergem com os resultados obtidos a partir da aplicação desta mesma escala em determinado território de Fortaleza/Ceará, onde determinou-se que grande parte dos pacientes se enquadravam em escore >10, o que confirma a importância de utilização destes instrumentos para organização do trabalho das equipes de saúde no âmbito da Atenção Domiciliar (PINHEIRO *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da relevância de se utilizar instrumentos para identificar os fatores de vulnerabilidade e auxiliar os profissionais de saúde e membros da equipe a organizarem sua agenda de atendimento em função das fragilidades e necessidades observadas na população idosa, há que se considerar ainda a realidade familiar em que o idoso está inserido, pois a VD acontece fora da zona de conforto do profissional, onde as singularidades do sujeito visitado devem ser respeitadas e consideradas.

A função da equipe de saúde é identificar e tratar os possíveis agravos a que este público específico está exposto, pactuando a VD entre os membros da equipe, mas também inserindo o usuário e/ou cuidador na responsabilização do cuidado, através da realização de educação em saúde com esta população, que por motivos diversos, tem limitações ao buscar os serviços de saúde. Na tentativa de responder estas questões, a visita domiciliar se configura instrumento fundamental da consolidação da prática profissional no ambiente domiciliar.

Acredita-se que este projeto de intervenção alcançou os objetivos inicialmente propostos, porém, não deve ser considerada uma atividade pontual. Para que continue a ter êxito, é necessário que a estratificação de risco e as escalas de avaliação da vulnerabilidade continuem sendo realizadas e implementadas com o intuito de ordenar o cuidado prestado pelas equipes e ofertar qualidade na assistência aos pacientes no conforto de seu domicílio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF. 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017.

MACIEL, M.G.S.; CARVALHO, R.T. Palliative Performance Scale PPS Versão 2. Tradução brasileira para a língua portuguesa. São Paulo; 2009. Disponível em <https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese_0.pdf> Acesso em 14 jun 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a Ed Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PEREIRA, J.G.; MARTINS, W.R.V.; CAMPINAS, L.L.S.L.; CHEIRI, P.S. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em Medicina na atenção básica no município de São Paulo. **Mundo Saúde**. 2009;33(1):99-107

PINHEIRO, J.V.; RIBEIRO, M.T.A.M.; FIUZA, T.M.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005. Suplemento.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1271. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1271>. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1271/1715>> Acesso em 10 jun. 2019.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar**. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SILVA, K.L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, K.L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jun. 2019.