



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ALETÉIA CRISTINA FONSECA DE ANUNCIÇÃO

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR PRESTADO PELA EQUIPE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE  
SÃO CARLOS-SP

SÃO PAULO  
2019

ALETÉIA CRISTINA FONSECA DE ANUNCIAÇÃO

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR PRESTADO PELA EQUIPE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE  
SÃO CARLOS-SP

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  
2019

## **Resumo**

A expectativa de vida da população brasileira tem aumentado significativamente nos últimos anos, graças aos avanços das pesquisas médicas e da melhora da assistência de saúde oferecida em nosso país. Um aspecto importante relacionado ao planejamento das ações em saúde é a qualidade da assistência oferecida à população idosa, incluindo aí a assistência domiciliar, que é parte das atribuições das equipes de saúde da família. A Atenção domiciliar (AD), é uma modalidade de assistência cujos cuidados são prestados na residência do indivíduo, e varia de acordo com os recursos humanos e as tecnologias necessárias para a melhor qualidade da assistência, com isto privilegia-se o aspecto humanizado do atendimento. Nota-se pouco conhecimento sobre esta modalidade de assistência por parte da maioria das equipes que constituem a atenção básica e a falta de sistematização prejudica a população, gerando atrasos nos atendimentos, sobrecarga de trabalho desnecessário a equipe e excesso de atendimento em outros pontos da rede, aumentando por exemplo a hospitalização de pacientes passíveis de seguimento domiciliar. Este projeto de intervenção será realizada na ESF Aracy, na cidade de São Carlos e busca desenvolver estratégias de capacitação da equipe de saúde da família, construção de um modelo de atendimento baseado nas recomendações do ministério da saúde, buscando fortalecer o vínculo existente entre as equipes de saúde e o usuários do sistema. Espera-se com esse projeto que a equipe seja capacitada para definir pacientes elegíveis a visita domiciliar com base em critérios técnicos definidos pelo ministério da saúde, inclusão na pauta das reuniões de equipe os casos com indicação de Atenção Domiciliar.

## **Palavra-chave**

Equipe Multiprofissional. Visita Domiciliar. Relações Familiares.

## Introdução

Com o envelhecimento populacional e os avanços alcançados pelas ciências médicas, muitos indivíduos tem necessitado de suporte de cuidados e saúde prolongados, nesse contexto novas modalidades de assistência vem ganhando espaço na sociedade atual, dentre elas a Assistência Domiciliar (AD).

Segundo 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 e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

São três as modalidades da Atenção domiciliar, resumidamente: AD1, AD2 e AD3. A AD1 destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica. Modalidade AD2 é referente a usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e, que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos, destinado a pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A atenção domiciliar na Atenção Básica constitui um recorte da atenção domiciliar que ocorre no âmbito da atenção básica, inserindo-se no processo de trabalho das equipes de saúde. É desse recorte de cuidados no domicílio que a Portaria GM/MS nº 2.527, classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica - eAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar - compostos por equipes especializadas - EMAD e EMAP - cujo público-alvo é somente os pacientes em AD (BRASIL, 2012).

Constituem-se como princípios da atenção domiciliar: Abordagem integral da família; Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; estímulo a redes de solidariedade (LOPES; SOUZA, 2015).

Podemos entender então a Atenção domiciliar como mais uma atribuição das equipes que compõe a estratégia de saúde da família, entretanto percebemos que o entendimento sobre o funcionamento dessa ferramenta de trabalho não é claramente compreendida pela maioria das equipes. Na unidade em que atuo não são adotados critérios objetivos que indiquem a real necessidade da inclusão dos pacientes na visita domiciliar; Não existe um planejamento de ações que serão necessárias para o melhor atendimento individual, não existe discussão em equipe para a definição de quais profissionais deverão realizar o atendimento. Não há definido a rede de atendimento que poderá fazer parte deste cuidado baseado na evolução do doente, com ausência de olhar dedicado ao cuidador e as demais demandas que aquele

paciente e seus familiares necessitarão. Em minha equipe de trabalho o critério adotado para o agendamento das visitas domiciliares é a solicitação dos familiares, não sendo usados critérios técnicos de elegibilidade orientados pelo ministério da saúde, resultando em desperdício de tempo da equipe e demora no atendimento aos que realmente tem indicação, contribuindo para a sobrecarga dos demais pontos de atenção.

Por se tratar de um cenário caracterizado por diversas particularidades, desenvolver assistência no domicílio exige, por parte dos profissionais de saúde, uma adaptação ou utilização de outras ferramentas específicas para a prestação do cuidado. Acreditamos que o primeiro passo para a implantação do protocolo de atendimento domiciliar seja a capacitação da equipe acerca do tema, sua característica, a quem se destina, quem pode compor o atendimento, ferramentas úteis, tempo de assistência e ferramentas de avaliação.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

Objetivo geral:

- ♦ Aprimorar os conhecimentos em atenção domiciliar da equipe de saúde.

Objetivos Específicos:

- ♦ Estimular as discussões das necessidades relativas aos pacientes em atenção domiciliar nas reuniões de equipe com envolvimento da equipe do NASF;
- ♦ Desenvolver um protocolo de cuidado domiciliar utilizando ferramentas tais como : acolhimento, clínica ampliada, apoio matricial, projeto terapêutico singular.
- ♦ Sistematizar o atendimento: avaliação médica, da enfermagem, odontológica, psicológica (do paciente e da família) nutricional, fisioterápica e social, através de protocolos e fluxos de atendimento desta população específica.

## Método

Este projeto de intervenção destina-se a aprimorar o atendimento domiciliar prestado aos moradores da comunidade Cidade Aracy I, localizado no município de São Carlos/ SP. Será realizado pela equipe de saúde da família Aracy I, envolvendo todos os profissionais integrantes da equipe: Agente de saúde comunitário, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal, além da equipe do NASF que oferece suporte a esta unidade de saúde, composta por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Para atingir os objetivos esperados são propostas as seguintes ações:

- ♦ Incluir pacientes com indicação de atenção domiciliar na modalidade AD1 (critérios de inclusão: Pacientes com problemas compensados, necessidade de procedimentos de baixa complexidade e atendimento médico > que uma vez na semana), mediante livre demanda, por solicitação de algum profissional atuante na rede de atenção, pelos Agentes comunitários de saúde ou familiares. A seleção de pacientes que preenchem os critérios de inclusão dar-se á por análise de prontuário ou por encaminhamento médico;
- ♦ Construção e assinatura do termo de consentimento informado pelo familiar;
- ♦ Realização da primeira visita para avaliação da estrutura familiar e avaliação clínica do paciente. Participarão desta primeira abordagem: o médico (avaliação clínica), o terapeuta ocupacional (avaliação clínica e da estrutura física da residência), o psicólogo, serviço social e agente de saúde (avaliação das relações familiares, rede de apoio ao paciente, orientações sobre programas e benefícios sociais);
- ♦ Reunião de equipe multidisciplinar para apontamento das necessidades identificadas, estabelecimento de metas, identificação dos profissionais necessários à execução das metas (todos os profissionais da equipe ESF e NASF);
- ♦ Elaboração do projeto terapêutico singular para os pacientes elegíveis para acompanhamento domiciliar;
- ♦ Primeira reunião família e equipe de saúde, definição do principal cuidador, avaliação da capacidade de cuidado do cuidador (realizado em conjunto pelo médico, fisioterapeuta, psicólogo)
- ♦ Construção e assinatura do termo de consentimento informado pelo familiar;
- ♦ Execução do projeto terapêutico singular;
- ♦ Coleta e sistematização dos dados.
- ♦ Avaliação dos resultados

Avaliação e monitoramento: propõe-se a avaliar esta experiência semestralmente utilizando-se critérios objetivos tais como efetividade da ação avaliada pela redução do número de visitas ao domicílio; avaliação da qualidade do serviço prestado (paciente e familiar), efetividade da ação e satisfação da equipe (equipe multidisciplinar) realizada por meio de questionários.

## **Resultados Esperados**

Após a implementação das ações discutidas em equipe relativa a Atenção Domiciliar são esperados os seguintes resultados:

- ♦ Equipe capacitada para definir pacientes elegíveis a visita domiciliar com base em critérios técnicos definidos pelo ministério da saúde;
- ♦ Inclusão na pauta das reuniões de equipe os casos com indicação de Atenção Domiciliar;
- ♦ Roteiro estabelecido para avaliação dos cuidados necessários identificando as características do paciente, estrutura física do ambiente, organização familiar, identificação do cuidador e suas fragilidades, reconhecimento da rede de apoio, definição dos profissionais necessários ao cuidado, definição da rede de referência do cuidado, planejamento do tempo estimado do cuidado;
- ♦ Elaboração e execução do projeto terapêutico singular, após a avaliação inicial e discussão em equipe;
- ♦ Avaliar semestralmente a eficácia das ações implementadas por meio de questionário aplicado à equipe, familiares e paciente se possível.

## Referências

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.

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar número 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

LOPES, J. M. C.; SOUZA, A. I. A gestão do cuidado na atenção domiciliar. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar. UFSC, Porto Alegre, 2015.

PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>. Acesso em 04/11/2018.