



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

VICTOR SENISE NASCIMENTO

ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: CLASSIFICAÇÃO, PRIORIDADE
E EQUIDADE

SÃO PAULO
2020

VICTOR SENISE NASCIMENTO

ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: CLASSIFICAÇÃO, PRIORIDADE
E EQUIDADE

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: LUCIANE CRISTINE RIBEIRO RODRIGUES

SÃO PAULO
2020

Resumo

A atenção básica (AB) compreende desde a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico e o tratamento. Uma de suas atividades é o atendimento domiciliar (AD). Para que esse atendimento respeite as diretrizes do Sistema Único de Saúde, existem critérios de inclusão e exclusão dos usuários, bem como classificação de prioridade no atendimento. Como forma de exemplificar sobre a priorização no atendimento existe A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI. Seu objetivo é diferenciar as famílias que mais necessitam do AD, o que facilita a atuação da equipe do posto de saúde na comunidade domiciliada. Contudo, tais critérios não são utilizados rotineiramente como ferramenta de trabalho em alguns serviços. Assim, a elegibilidade ou a não permanência do paciente na AD, bem como priorização do atendimento, permanece subjetiva e, por vezes, a critério pessoal de algum profissional. Frente ao problema, a ação tomada deve-se focar em informações sobre tais critérios com adaptações a realidade local. Depois, ao colocar em prática, deve-se manter repasses mensais sobre os pontos positivos e negativos. Espera-se alcançar melhor resolutividade, abrangência no atendimento, compartilhamento de tarefas, redução na duplicidade de atendimentos, objetividade e equidade nas decisões em equipe.

Palavra-chave

Cuidados Domiciliares de Saúde. Pessoa Acamada. Planejamento Estratégico. Visita Médica Domiciliar. Visita Domiciliar. Agendamento de consultas. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Parâmetros ou protocolos de classificação para o cuidado em Atenção Domiciliar (AD) não são utilizados rotineiramente como ferramenta de trabalho. Assim, a elegibilidade ou a não permanência do paciente na AD, bem como priorização do atendimento, permanece subjetiva e, por vezes, a critério pessoal de algum profissional. Com isso não é possível a correta delimitação do foco de atenção e nem a priorização dos casos que demandam de maiores recursos da equipe multidisciplinar e dos Serviços de Saúde.

ESTUDO DA LITERATURA

A atenção básica atua no âmbito individual e coletivo da saúde. Compreende desde a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico e o tratamento. Tem como objetivo uma atenção integral. Sendo assim, as equipes de atenção básica tem em sua responsabilidade o atendimento dos cidadãos conforme suas necessidades. Isso pode ser traduzido também pelas dificuldades (barreiras geográficas, longas distâncias, estado de saúde) no acesso dos serviços de saúde. Com isso exige que a assistência domiciliar seja dispensada. Atualmente é através da portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 que a visita domiciliar está organizada. Por exemplo, a modalidade AD1 pertencente às equipes da atenção básica, nela os usuários apresentam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária. Para que ocorra o atendimento respeitando as diretrizes do SUS, existem critérios de inclusão e exclusão, bem como classificação de prioridade do atendimento. Especificamente no atendimento domiciliar (AD) a importância de tal padronização visa objetivar e delimitar o foco da atenção, possibilitando a medicina centrada na pessoa/família.

Atualmente, essa classificação ocorrerá já na primeira etapa do planejamento do cuidado em AD, conjuntamente com todo o preparo e articulação com a família a ser assistida. Através disso é possível, de maneira clara e concisa, explicitar qual equipe será protagonista do cuidado, o número de visitas domiciliares e, se necessário, a elaboração do projeto terapêutico singular. As formas de se fazer uso da classificação são diversas. Em um primeiro momento, é utilizada na admissão contendo os critérios de inclusão (por exemplo, consentimento informado do usuário, impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde, infraestrutura física compatível no domicílio, alta ou não se enquadrar na AD2/AD3) e exclusão (por exemplo, mudança de área de abrangência, impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio, não aceitar o acompanhamento, recuperar o deslocamento até o PSF, condição clínica de internação hospitalar, cura ou óbito) do paciente. Já estando o paciente integrado na AD, a classificação pode ser utilizada como meio de migração do paciente para outro tipo de assistência conforme a evolução clínica do paciente ou para modificar a periodicidade das visitas realizadas pela equipe. Para realizar a classificação, em geral, subdivide-se em macro-categorias envolvendo aspectos clínicos, ambientais e socioeconômicos. Clinicamente o entendimento é amplo podendo exemplificar a utilização do serviço de saúde, o quadro clínico (sequelado, acamado, doenças crônicas e agudas), o suporte terapêutico (vias de administração, tipo de medicação, oxigênio, nutricionista, fisioterapia dentre outros), a reabilitação, os cuidados contínuos de enfermagem, os exames complementares e até mesmo os cuidados paliativos. Já sobre os aspectos ambientais e socioeconômicos é possível elencar o risco social, presença de cuidador, estrutura da família, condição da moradia e segurança da equipe profissional. A responsabilidade de realizar tais classificações cabe aos próprios serviços locais. Devem elencar quais são os aspectos mais importantes para atendimento e, após diagnosticar seus objetivos, realizar a classificação e os atendimentos por seguinte. Como forma de exemplificar sobre a priorização no atendimento existe A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI. Ela tem como base a Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Seu objetivo é diferenciar as famílias que mais necessitam da VD, o que acaba facilitando a atuação da equipe do posto de saúde na comunidade domiciliar. Através de três tipos de Risco a equipe pode organizar-se.

Por fim, é importante salientar que, na prática, as escalas não apresentaram validação

científica em sua maioria, mas o uso é satisfatório para contemplar as necessidades dos gestores, trabalhadores e pacientes. Isso busca sustentação pois é através da classificação que o princípio da equidade (tratar desigualmente os desiguais), presente no Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser alcançado de maneira objetiva, o que possibilita um planejamento e atendimento onde mais é necessário. Além disso, torna-se mais claro o papel intervencionista de cada membro da equipe multidisciplinar e reduz a duplicidade dos atendimentos na saúde pública. Por isso é de suma importância seu uso na prática rotineira da equipe de atendimento domiciliar da atenção básica.

AÇÕES

Frente ao problema, primeiramente iniciaria com a partilha da informação sobre os critérios de classificação com a equipe conjuntamente ACS e Enfermagem. Em um segundo será proposto construir adaptado a nossa realidade nosso próprio protocolo de classificação e conduta. Finalizado esse processo colocaremos em prática em todos os casos de visita domiciliar já cadastrados de maneira gradativa e em todos os novos casos que forem aparecendo. A fim de manter a equipe engajada e ciente do que está sendo aplicado, repassar a cada mês os pontos positivos e negativos da mudança de classificação das visitas domiciliares e pedir a contribuição de todos para melhorar o processo.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que através do uso das escalas na classificação de prioridade no atendimento domiciliar possa-se servir melhor a população. Trazendo melhor resolutividade, abrangência no atendimento, compartilhamento de tarefas, redução na duplicidade de atendimentos, objetividade e equidade nas decisões em equipe. Assim o usuário que mais precisa do atendimento será contemplado antes e aquele que pode aguardar será contemplado igualmente posteriormente sem acarretar prejuízos a nenhum dos dois.

REFERÊNCIAS

Coelho FLG, Savassi LCM. 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, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, 2012. v. 1.

Camargos, Marcelo H. Como Priorizar As Visitas Domiciliares Com Base Na Escala De Risco Familiar. Acesso dia 30/11/2019 às 12h00
https://telessaude.hc.ufmg.br/Enfermagem/livro_digital_como_priorizar_as_visitas_domiciliares.pdf