



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PAMELA CAROLINE MACEDO BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE

SÃO PAULO  
2020

PAMELA CAROLINE MACEDO BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: SISTEMATIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE

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 atuação do profissional de saúde da Atenção primária, e estão entre as atividades desenvolvidas pelo médico na ESF. Para operacionalizar o SUS, a ESF é uma das estratégias do governo, que vem para reorganizar as práticas de saúde, modificando o modelo assistencial hegemônico medicalocêntrico, individual e curativo, por um modelo assistencial pautado nos princípios e diretrizes do SUS. Traz consigo algumas estratégias como assistência centrada na família, com olhar abrangente para as necessidades de saúde do paciente, incluindo o ambiente físico e social em que vive. Além disso, tem seu processo de trabalho pautado no trabalho em equipe, vínculo entre unidade-paciente e no estabelecimento de visitas domiciliares, como modo de a equipe conhecer a população de um território adscrito. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) DIC 1 em Campinas está localizada em uma região de baixo índice socioeconômico. A maior demanda em saúde vem de idosos, portadores de doenças crônicas e suas complicações. Muitos desses demandam de Visitas Domiciliares (VDs) devido à alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD). Percebe-se uma fragilidade no atendimento domiciliar realizado pela equipe. Este projeto tem o objetivo de qualificar o atendimento domiciliar na ESF DIC1. Como ação será identificados paciente elegíveis para VDs, após será aplicada a Escala de Coelho para identificar as famílias de maior risco. E após, como grande parte da demanda são de pacientes idosos, implantaríamos a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI/AB) com o intuito de categorizá-los e então desenvolver planos de cuidado específicos e caso necessário elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS). Espera-se com esse projeto ter uma melhor sistematização nas visitas domiciliares, com uma assistência mais qualificada, efetivando um acesso maior, e que a população seja melhor assistida no que se refere aos cuidados a saúde.

## **Palavra-chave**

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Idoso. Visita Domiciliar.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A unidade DIC 1 da cidade de Campinas está com uma grande dificuldade de organizar suas Visitas Domiciliares (VDs). Com o número reduzido de recursos humanos e transporte a maioria das VDs são realizadas sob demanda de familiares e não possuem uma regularidade. A equipe amarela possui apenas uma lista dos pacientes acamados excluindo os demais pacientes que demandam de atendimento domiciliar. A lista foi criada a partir da escala de Coelho Savassi a qual é muito abrangente e tem função de triagem, não conseguindo avaliar a regularidade ideal das VDs que ainda estão muito fundamentada na ação do médico e do enfermeiro. Sobre as outras equipes, uma está sem enfermeiro e não realiza VDs, enquanto a outra funciona apenas sob demanda.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

A visita domiciliar faz parte da atuação do profissional de saúde da Atenção primária, e estão entre as atividades desenvolvidas pelo médico na ESF. Para operacionalizar o SUS, a ESF é uma das estratégias do governo, que vem para reorganizar as práticas de saúde, modificando o modelo assistencial hegemônico medicalocêntrico, individual e curativo, por um modelo assistencial pautados nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1998).

Traz consigo algumas estratégias como assistência centrada na família, com olhar abrangente para as necessidades de saúde do paciente, incluindo o ambiente físico e social em que vive. Além disso, traz em seu processo de trabalho pautado no trabalho em equipe, vínculo entre unidade-paciente e no estabelecimento de visitas domiciliares, como modo de a equipe conhecer a população de um território adscrito. Diante disso, a VD torna-se essencial para que de fato possam ocorrer conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção a saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados (BRASIL, 1998).

Apesar do atendimento domiciliar se tratar de uma prática muito antiga, em que surgiu na década de 1960, como alternativa a internação hospitalar e em resposta a crise de lotação desses serviços, ela só foi incluída na Política Nacional com a publicação da Resolução RDC RDC nº 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Ministério da Saúde, que trazia como devia ser o funcionamento dos serviços, contudo, pouco pode se perceber de mudanças no cotidiano dos serviços dessa época (BRASIL, 2011).

Em 2011, o conceito de Atenção Domiciliar descrito na Portaria nº GM/MS nº 2.029/2011 do Programa Melhor em Casa e da Política Nacional de AD no âmbito do SUS, buscou à qualificação da atenção domiciliar. Logo depois, a atenção domiciliar no âmbito do SUS foi disciplinada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2012).

Atualmente, a portaria em vigor é a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas e traz elementos importantes dentre eles a continuidade do cuidado facilitando o acesso a saúde em seu próprio lar e reconhece as atividades da ESF como modalidade AD1 - destinado a casos de menor complexidade e nos quais a necessidade de intervenções é menos frequente. Com isso surgiram diversos desafios como a avaliação dos casos que necessitam de VDs. Como classificá-los, priorizá-los e avaliar a regularidade ideal entre as VDs? Desde então vários foram os estudos sobre o assunto e o desenvolvimento de instrumentos para facilitar essas questões (BRASIL, 2014).

No que diz respeito a classificação entre as modalidades de AD, temos que a AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e se referem a pacientes que necessitam cuidados com menor frequência e com menor necessidades de intervenções multiprofissionais, com necessidade de cuidados pelos cuidadores; AD 2 são de responsabilidade de serviços específicos, mesmo que o cuidado longitudinal seja realizado pelas equipes de Atenção Básica, pois se trata de pacientes que necessitam do acompanhamento domiciliar para evitar ou adiar uma possível hospitalização, em casos de agudizações de doenças crônicas, e cuidados paliativos mais intensos dentre outros; e AD 3 são usuários que têm condições clínicas mais complexas e requerem cuidados multiprofissional com maior frequência, e fazem uso de equipamentos de

maior complexidade como por exemplo, ventilação mecânica, transfusão sanguínea, dentre outros. São os responsáveis (BRASIL, 2016).

Com o intuito de estabelecer um planejamento e priorizar as VDs, Coelho e Savassi elaboraram uma escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB que se mostrou um instrumento simples e eficiente. Após a VD então seria possível a identificação de condições especiais e obtenção de dados para o planejamento de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que estabeleceria a regularidade dos atendimentos (COELHO; SAVASSI, 2004).

No caso dos pacientes idosos outro instrumento desenvolvido para qualificação do planejamento do atendimento é a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) que permite a classificação em "saudáveis", "pré-frágeis" e "frágeis" facilitando a organização e desenvolvimento de Plano de Cuidados, uma das vantagens é que de acordo com a classificação ele estabelece a periodicidade com que o questionário deve ser repetido ou o paciente encaminhado ao serviço de referência (SMS, 2016).

Ambos os instrumentos são questionários simples que podem ser aplicados por qualquer profissional da equipe de ESF desde que treinados para tal, o que torna prático a sua utilização na atenção primária. Com o propósito de facilitar o registro das atividades desenvolvidas na VD foi validado em 2014 a Ficha B-VD em Aracaju/Sergipe que contribui para a uniformização dos registros e permite uma avaliação periódica da condição de saúde do paciente servindo para planejamento, programação, monitoramento e avaliação da atenção prestada constantemente (ANDRADE, ET AL, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) DIC 1 em Campinas está localizada em uma região de baixo índice socioeconômico. A maior demanda em saúde vem de idosos, portadores de doenças crônicas e suas complicações. Muitos desses demandam de Visitas Domiciliares (VDs) devido à alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD). Percebe-se uma fragilidade no atendimento domiciliar realizado pela equipe. Este projeto tem o objetivo de qualificar o atendimento domiciliar na ESF DIC1.

## **AÇÕES**

Local: Centro de Saúde DIC 1 em Campinas - SP.

Público-alvo: Pacientes que necessitam de atenção domiciliar, especialmente os idosos.

Ações:

1. O passo inicial será identificar os pacientes elegíveis para VDs. Estes são principalmente pacientes controlados/compensados com dificuldade de locomoção e necessidades de cuidados de baixa complexidade, podendo ser incluído por demanda da equipe ou mesmo espontânea.
2. Após será aplicada a Escala de Coelho para identificar as famílias de maior risco. E após, como grande parte da demanda são de pacientes idosos, implantaríamos a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI/AB) com o intuito de categorizá-los e então desenvolver planos de cuidado específicos e caso necessário elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS).
3. Após o PTS será definido a frequência da próxima VD, utilizando para o acompanhamento a Ficha B-VD.

Avaliação e Monitoramento: Vale ressaltar, que após toda é importante a avaliação e discussão da complexidade de cada caso e acionamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) nos casos indicados.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esse projeto ter uma melhor sistematização nas visitas domiciliares, com uma assistência mais qualificada, efetivando um acesso maior, e que a população seja melhor assistida no que se refere aos cuidados a saúde. E que com as agendas de VDs melhor organizadas consigamos uma otimização do processo de trabalho.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M.; GUIMARÃES, A. M. D. A. N.; COSTA, D. M.; MACHADO, L. C.; GOIS, C. F. L. Home visit: validation of an instrument for recording and monitoring individuals and families. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 23(1):165-175, jan-mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do Melhor em Casa - A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf)

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2019 mar 16]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)  
» [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html).

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*, 1(2), 19-26. 2004. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

SMS. Documento Norteador - Unidade de Referência à Saúde do Idoso. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo -SP, 2016