

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

TALITA VIANA DE OLIVEIRA

**GESTÃO E PLANEJAMENTO VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
PROTOCOLO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
CASCAVEL, CEARÁ**

FORTALEZA
2014

TALITA VIANA DE OLIVEIRA

**GESTÃO E PLANEJAMENTO VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
PROTOCOLO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
CASCAVEL, CEARÁ**

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 a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

O48g Oliveira, Talita Viana de

Gestão e Planejamento de Visita Domiciliar na Atenção Básica: protocolo de uma Equipe de Saúde da Família no município de Cascavel, Ceará / Talita Viana de Oliveira. – 2015.

29 f.

Projeto (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof^o. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior

1. Atenção Primária. 2. Território. 3. Atenção Domiciliar. I. Gestão e planejamento visita domiciliar na atenção básica: protocolo de uma equipe de saúde da família no município de Cascavel, Ceará

CDD 362.1

TALITA VIANA DE OLIVEIRA

**GESTÃO E PLANEJAMENTO VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
PROTOCOLO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
CASCAVEL, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado 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 a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof., Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior
Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Prof. Dr. Adriana Valéria Assunção Ramos

Prof. Dr. Josenilia Maria Alves Gomes

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi idealizado para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em prática os seus princípios de equidade e universalidade.

A visita domiciliar foi implementado no PSF para tentar melhorar o atendimento continuado. Ela apresenta interação do cuidado à saúde, cria vínculo com as famílias, identifica as necessidades e vulnerabilidades e realiza promoção, proteção e recuperação da saúde e o cuidado ampliado.

Devido o fato de as pessoas entenderem esse cuidado como diferenciado, muitas famílias usufruem desse atendimento sem ter real necessidade. Com isso, há um excesso de visitas domiciliares desnecessárias.

Esse estudo foi realizado na Equipe III de Saúde da Família do PSF da Sede do Município de Cascavel, Ceará.

Visando avaliar essa problemática, o trabalho utilizará como instrumento a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), classificando os riscos das famílias cadastradas nas visitas domiciliares.

Após avaliação dos riscos, pretende-se reorganizar as visitas domiciliares realizando-as de forma, multidisciplinar, mais eficiente e articulada, identificando vulnerabilidades e promovendo cuidado de forma integral e longitudinal.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Território. Atenção básica

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) is designed to consolidate the Unified Health System (UHS), putting into practice its principles of equity and universality.

The home visit was implemented in the FHP continued to try to improve care. It presents interaction of health care, create bond with families, identifies the needs and vulnerabilities and performs promotion, protection and restoration of health and the extended care.

Due the fact that people understand this care as differentiated, many families enjoy this service without real need. Thus, there is an excess of unnecessary home visits.

This study was conducted in Health Team III family of FHP of Cascavel Headquarters, Ceará.

To evaluate this issue, the work will use as a tool to Family Risk Scale Bunny and Savassi (2004), classifying the families of the risks registered in the home visits.

After risk assessment, we intend to reorganize home visits performing them so, multidisciplinary, more efficient and articulated, identifying vulnerabilities and promoting care in an integral and longitudinally.

Keywords: Home visit. Territory. Primary care

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 2 | PROBLEMA..... | 6 |
| 3 | JUSTIFICATIVA..... | 7 |
| 4 | OBJETIVOS..... | |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL..... | 9 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 9 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 6 | METODOLOGIA..... | 15 |
| 7 | CRONOGRAMA..... | 17 |
| 8 | RECURSOS NECESSÁRIOS..... | 18 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 19 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 20 |
| | ANEXO..... | 25 |

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi idealizado para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em prática os seus princípios de equidade e universalidade. Como seu precursor, em 1991, foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Ceará foi o primeiro estado a implantar o PACS e o PSF. (ALBUQUERQUE, 2009)

O PSF teve como finalidade modificar o modelo de atenção à saúde vigente até então. Esse era o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica (SILVA JR, 2006), baseado em uma cultura curativa, individual e hospitalocêntrica. (MENEZES, 2012)

Essas mudanças foram necessárias devido também ao momento de transição vivido pelo Brasil, onde foi visto um aumento na expectativa de vida da população, com aumento do número de idosos (transição demográfica), aumento das doenças crônico-degenerativas, melhoria das condições de saneamento. Com isso, aumenta-se o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (NOGUEIRA, 2003), sendo necessário um modelo que assiste indivíduos, famílias e comunidade. (BRASIL, 2012a)

Com o aumento da parcela de idosos na população, foi preciso instituir melhorias no atendimento a essas pessoas. Com esse intuito, em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 – DOU de 16/4/2002. Essa lei regulamenta a assistência domiciliar no SUS. (BRASIL, 2012a)

Segundo a Portaria nº 2.527 de 2011, Atenção Domiciliar (AD) constitui 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, 2011a). Ressalta-se que a Equipe de Saúde da Família (ESF) utiliza-se da realidade local e necessidades da população para promover ações coletivas de forma integrada, humanizada e interdisciplinar.

A visita domiciliar é vista como a interação do cuidado à saúde, tendo como importância criar vínculo com as famílias, identificando as necessidades e vulnerabilidades e realizar promoção, proteção e recuperação da saúde e o cuidado ampliado. Age de forma

multidisciplinar, colocando em prática os princípios do SUS de equidade e integralidade. (MENEZES, 2012; SILVA, 2010; ALBUQUERQUE, 2009)

Uns dos principais componentes da visita domiciliar são os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), pois são o elo entre as famílias, a ESF e o serviço. Eles vivenciam a realidade das famílias, evidenciando os fatores condicionantes e determinantes de saúde, como as condições de moradia, saneamento básico, questões sociais, facilitando o vínculo entre as famílias e a ESF. Para isso, utilizam como instrumento a ficha A do SIAB, onde podemos identificar sentinelas de risco, determinando a classificação de risco e ajudando a equipe a criar estratégias de cuidado para essas famílias. (MENEZES, 2012) A visita domiciliar deve ser realizada pelo menos uma vez ao mês pelo ACS e uma vez ao ano pelo médico e enfermeiro. (COELHO, 2004)

Segundo os ACSs da equipe III do Posto de Saúde da Sede do município de Cascavel, onde ocorre esse trabalho, um dos problemas identificados nas visitas domiciliares é o excesso de pacientes existentes nesse programa. Muitos deles não se encaixam nos critérios de inclusão. São visitados por causa exclusivamente da idade, ter parentesco com algum político ou com algum funcionário da equipe.

Baseado nos fatos expostos, esse trabalho visa realizar abordagem sobre o programa de visita domiciliar para que ocorra este de forma mais eficiente e articulada, conseguindo abranger as famílias que necessitam desse atendimento de forma mais equitativa com vista à longitudinalidade e à integralidade do cuidado.

2 PROBLEMA

Após realização de reunião com Equipe de Saúde de Família da área III da Unidade Básica de Saúde da Sede, constatou-se que a seleção das visitas domiciliares não era planejada com base em critérios claros. Segundo os ACSs, a inclusão dos pacientes era definida sem muitos critérios, uns eram visitados pelo fato de terem mais de 70 anos de idade, outros por terem parentesco com políticos ou funcionários da equipe, outros por história de internamentos anteriores que, mesmo após resolução do processo de doença, nunca receberam alta. Muitas famílias que recebem as visitas teriam condições de se deslocar para a UBS. Por exemplo, alguns pacientes apresentam dificuldade de locomoção, mas possuem meio de transporte na residência.

A visita domiciliar é uma ferramenta de extrema importância no cuidado de uma família. É o momento onde toda a ESF está envolvida para o melhor acompanhamento desses indivíduos. Para o paciente e seus familiares, a visita domiciliar é vista como um cuidado especial, mostrando a preocupação da equipe com o bem-estar dessa família. Esse pensamento faz com que a demanda por visita domiciliar seja superior ao necessário, tendo como base protocolos de eleição de critérios de inclusão. (CUNHA, 2005)

Diante da importância da visita domiciliar para o cuidado integrado de uma família, esse estudo compreenderá o impacto do uso de uma ferramenta de classificação de risco familiar na organização da atenção domiciliária. Priorizando aquelas famílias com mais risco, oferecendo a elas um cuidado de forma mais adequada e igualitária.

3 JUSTIFICATIVA

A implementação da visita domiciliar na prática do PSF foi uma das mudanças mais significativas que ocorreram no cuidado integral à população. É uma forma de intervenção que se utiliza das vivências na comunidade para poder entender sua dinâmica e estabelecer vínculos. Age na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação. Visa como objetivo principal a atenção à família, avaliando sua influência no processo saúde-doença do indivíduo. (ALBUQUERQUE, 2009)

A visita domiciliar representa para muitos um símbolo do cuidado da equipe, da preocupação com o bem-estar do paciente. Esse é um dos motivos para haver tão grande demanda, mesmo sem indicação significativa. (BORGES, 2010)

Uma das realidades vividas na grande maioria das comunidades é o excesso de população assistida por uma ESF. Essa sobrecarga excede o número de, no máximo, 750 pessoas por ACS e 4.000 pessoas por ESF, preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2012b) Esse problema levantou uma série de questionamentos: como seriam priorizados os atendimentos? Com isso alguma família seria privilegiada em detrimento de outras? (COELHO, 2004)

Com o intuito de responder alguns desses questionamentos foram criadas escalas de Risco Familiar. A ausência de critérios objetivos de priorização e o grande número de usuários justifica a utilização da escala no intuito de melhorar o atendimento a essas famílias. Ela oferece subsídios para a equipe destinar tempo e métodos de intervenção diferenciados, conforme as características das famílias, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade. (SCHLITHLER, 2010)

Tendo em vista a problemática apresentada pela ESF, decidimos realizar um projeto onde fosse colocado em prática a avaliação das famílias incluídas nas visitas domiciliares, priorizando as que mais necessitassem desse acompanhamento.

Devido à transição demográfica e epidemiológica ocorrida no Brasil nas últimas décadas, tivemos um crescimento no número de idosos na população. Com isso, aumenta-se o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (NOGUEIRA, 2003), incrementando a demanda de visita domiciliar pelas famílias.

Na equipe onde ocorre esse trabalho, o número de visitas domiciliares é excessivo. Por exemplo, nas outras equipes dos postos de saúde do município há um turno para o programa de visita. Na equipe III do Posto de Saúde da Sede, existem dois turnos, com uma média de 10 a 12 atendimentos por semana.

Muitas vezes, somos solicitados para realizar avaliação de um paciente (paciente oriundo de outra área, agudização de quadro crônico, alta hospitalar recente) e não temos vaga para agendamento de forma rápida e adequada. Para não haver grande espera no atendimento, extrapolamos o número de visitas. Isso ocorre com grande frequência.

Baseado nisso, esse trabalho realizará a classificação das famílias abrangidas pela equipe, sendo utilizada a Escala de Coelho e Savassi. Com isso conseguiremos caracterizar os pacientes que devem ser incluídos nas visitas domiciliares e a frequência que elas devem ocorrer para conseguir um atendimento mais igualitário para todos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implantar gestão na visita domiciliar em equipe de saúde da família do município de Cascavel, Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver ações junto à equipe de Saúde da Família, NASF e EMAD para implementação de ações multiprofissionais de gestão do processo de visita domiciliar.
- Estabelecer sistema de classificação de risco de famílias para qualificação do planejamento do processo de visita domiciliar.
- Potencializar espaços para educação permanente na abordagem de famílias em seus domicílios.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012b). Esse nível de atenção está organizado basicamente através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família.

Desde 1998, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica. Porém, inicialmente, foi criado como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco (PAIM, 2011) Após a avaliação de resultados positivos, esse programa, posteriormente tornou-se Estratégia de Saúde da Família, quando passou de um programa especial para uma estratégia de abrangência nacional, configurando-se em uma possibilidade de mudança do modelo assistencial, reorientação dos serviços de saúde a partir da Atenção Básica, e aumentando as possibilidades de expansão do conceito de saúde da família nesses serviços (CAVALCANTI, 2009).

Em 2011, o Brasil possuía quase 32 mil Equipes de Saúde da Família (ESF) responsáveis pela cobertura de 52,6% da população em 5.290 municípios do país, ou 95% de cobertura no país, com um ritmo de crescimento global de 3% ao ano (BRASIL, 2011b). O aumento na cobertura da ESF pode ser observado no maior conhecimento e utilização por parte de população desse serviço. Mais da metade dos brasileiros, ou 57%, referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual no ano de 2008, enquanto dez anos antes, em 1998, esse percentual era de 42%, em detrimento da diminuição no uso de serviços ambulatoriais de 21% para 12% no mesmo período (PAIM, 2011).

Para reorganizar o sistema de saúde e atender as demandas da atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família baseia-se na atuação da ESF. Essa equipe é composta basicamente por um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um técnico ou auxiliar de enfermagem, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011b). Essa equipe deve atuar em um território delimitado, com a população

adscrita cadastrada na Unidade de Saúde, e reconhecimento das necessidades de saúde local, para o desenvolvimento de um planejamento estratégico (BRASIL, 2006c).

A ESF deve utilizar a interdisciplinaridade e a abordagem integral e humanizada, com base na realidade local e identificação das necessidades da população, além das ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários (BRASIL, 2006b).

Esta transformação da Atenção Primária à Saúde, com ampliação da área de cobertura e o estabelecimento de uma abordagem mais específica e integral ganha ainda mais importância com a transição demográfica que ocorre no país.

As transformações no padrão etário da população, a partir da década de 1980, são resultantes da combinação entre a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade no Brasil e aumento da expectativa de vida, o que leva a uma inversão do formato triangular da pirâmide populacional, de uma base alargada para uma base mais estreita e topo alargado, caracterizando o acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

A população idosa no Brasil chegou, no ano de 2011, a quase 22 milhões de pessoas, ou, 11,3% da população total (IBGE, 2011a), e projeções populacionais indicam que esse número chegará a 22,71% da população em 2050 (IBGE, 2008). Assim, o tamanho e a participação da população acima de 60 anos aumentarão nas próximas décadas, e o país terá que atender uma sociedade mais envelhecida, com necessidades de geração de recursos e de construção de infraestrutura que permitam um envelhecimento ativo (WONG; CARVALHO, 2006). Isso implica na necessidade de adequações das políticas sociais, com destaque para aquelas voltadas às demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (TELLES; GROISMANN, 2011).

Aliada à transição demográfica, com destaque para o aumento do número de idosos longevos, verificava-se também uma transição epidemiológica com maior acometimento da população por doenças crônicas não transmissíveis, as quais estão presentes em 9,3% dos indivíduos entre 0 a 14 anos, e entre idosos, este valor atingia 75,5% (IBGE, 2009).

A transição epidemiológica significa mudança no perfil de doenças que acometem a população. Em um país jovem, as doenças infectocontagiosas são as mais frequentes, com possibilidade de cura ou morte, enquanto um país envelhecido apresenta um padrão de doenças crônicas, com a possibilidade de compensação ou não compensação (NASRI, 2008). Deste modo, as doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e

o Diabetes Mellitus, quando não controladas/compensadas levam a repercussões significativas na vida do idoso e de seus familiares, com destaque para a dependência funcional (OLIVEIRA, 2013). Em acordo com tais observações, idosos constituem hoje o grupo etário que mais utiliza os serviços de saúde, com taxas de hospitalização elevadas e necessidade periódica de avaliação e assistência médica (DUCA, 2010).

Segundo relatório do Banco Mundial (2011), o aumento da proporção de idosos na população e do uso dos serviços de saúde por esses idosos eleva os gastos com os cuidados à saúde, sendo um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas para o Brasil. Essas informações ratificam a urgente necessidade de criação de políticas públicas voltadas para atender às novas demandas de uma população em envelhecimento, e aperfeiçoamento das políticas já existentes, pois a rapidez com que ocorre esse fenômeno não permite mais protelar o desenvolvimento de intervenções específicas.

Essas intervenções, principalmente no campo da saúde, devem assegurar o acesso aos serviços, sendo o cuidado ao idoso fundamentado nas modificações que ocorrem ao longo da vida, o que inclui os aspectos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, e necessitam de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de patologias características do processo de envelhecimento (POLARO, 2011).

Os profissionais de saúde têm, na perspectiva da transição epidemiológica-demográfica, refletida nas demandas dos serviços em que atuam, onde os idosos estão cada vez mais presentes, seja por doenças crônicas não transmissíveis, ou por alterações comuns no processo de envelhecimento, e resultantes do estilo de vida.

A visita domiciliar, considerada no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como consulta médica domiciliar, configura na atividade que mais espelham mudanças na prática médica trazida pela Estratégia de Saúde da Família. O médico, tradicionalmente, atuando nos consultórios das unidades de saúde ou nas enfermarias dos hospitais, visita pacientes nas suas casas. A imagem do programa de saúde da família, foi e ainda é, muitas vezes, explorada como o Programa (e agora Estratégia) no qual “o médico vai à casa dos pacientes”. Representa a possibilidade de manter o cuidado das pessoas, de qualquer idade, que apresentem problemas de saúde que determinem incapacidade funcional e dependência, necessitando de assistência para as atividades de vida diária, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para elas e suas famílias. (BORGES, 2010)

A Atenção Primária, sendo o primeiro nível de atenção desse cuidado, torna-se vital para que uma proposta de atenção domiciliar seja desenvolvida, atendendo não apenas ao critério de racionalização de recursos, sejam eles humanos ou financeiros, mas também às necessidades de saúde das pessoas que dela precisam, observando o contexto social e cultural das famílias envolvidas e favorecendo, dessa forma, uma melhor compreensão do problema de saúde do paciente. Busca-se também nesse mesmo sentido um olhar (e cuidar) mais humanizado, não restrito a procedimentos técnicos e equipamentos e, finalmente, contribuir para a reformulação das bases da prática cotidiana dos profissionais de saúde. (BORGES, 2010)

A visita domiciliar é um instrumento utilizado para aproximar a equipe de saúde dos familiares, fazendo com que compreendamos melhor o universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura e recuperação. Eles têm importante papel nas decisões terapêuticas, realizando uma intervenção compartilhada com a equipe sobre o processo saúde-doença da família. (BRASIL, 2001)

Dessa forma, embora os critérios para visita domiciliar para o profissional médico incluam, preferencialmente, pacientes acamados ou com dificuldades para locomoção, no âmbito da atenção primária, as ações de saúde envolvem aspectos que extrapolam as necessidades exclusivamente clínicas, englobando cuidados mais abrangentes e permitindo ao médico integrar-se a essas atividades mesmo quando não as realizando pessoalmente. As visitas domiciliares ainda são realizadas com a finalidade de realizar busca ativa aos faltosos de vacinas, consulta de pré-natal, investigação epidemiológica de agravos de notificação compulsória, educação em saúde, pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento, etc. (MS 2004)

A definição de critérios, portanto, é fundamental para garantir a equidade no acesso das pessoas que necessitam de cuidados de saúde domiciliares. Além disso, os critérios de elegibilidade dariam segurança à equipe de saúde para decidir aqueles que estarão incluídos no programa, evitando conflitos éticos sobre quem vai ou não ser incluído, correndo o risco de ampliar demais o número de admissões, comprometendo os recursos disponíveis e deixando de incluir aqueles indivíduos com maior necessidade. (BORGES, 2010)

Dentre os critérios, na visita domiciliar se encaixariam os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as

atividades da vida diária (ex.: dificuldade de deslocamento à Unidade de Saúde). (BRASIL, 2012a)

Diante da importância da visita domiciliar para o cuidado integrado de uma família, esse estudo compreenderá o impacto do uso de uma ferramenta de classificação de risco familiar na organização da atenção domiciliária. Priorizando aquelas famílias com mais risco, oferecendo a elas um cuidado de forma mais adequada e igualitária.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta de dados através de ferramenta padronizada, com uso de fontes secundárias para coleta de informação.

Esse estudo foi realizado na Equipe de Saúde da Família III da Unidade Básica de Saúde da Sede, no município de Cascavel, região metropolitana à 64 km de Fortaleza, Ceará. O município possuía uma população de 66.142 em 2010, segundo IBGE, com população estimada em 2014 de 69.498, e a Atenção Básica em Saúde é realizada e composta por 20 Equipes de Saúde da Família.

Encontravam-se cadastrados, na área adscrita pela equipe de saúde, segundo dados do SIAB em novembro de 2014, 4.257 pessoas, compondo 1.353 famílias. A ESF III é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 5 ACSs. Possui 7 micro-áreas, das quais 2 estão sem cobertura de ACSs.

Inicialmente foi realizada reunião com ESF para avaliar as principais dificuldades da área e escolher possíveis problemas a serem estudados. Com esses dados, foram escolhidos alguns temas a serem levados à gestão do município. Houve uma reunião com coordenação da Atenção Básica, supervisor do PROVAB, médicos participantes do programa, onde foram mostradas as problemáticas de cada área e decidido o tema a ser abordado em concordância com a gestão. Em uma segunda reunião com o coordenador de Atenção Básica, foram apresentados o problema, a justificativa e os objetivos do trabalho a ser realizado, sendo discutidos alguns ajustes.

Após decisão final, realizou-se pesquisa em literatura, definindo, após estudo, a escolha de instrumento que seria utilizado no trabalho. O instrumento escolhido foi a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), desenvolvida no município de Contagem, Minas Gerais. Baseado na ficha A do SIAB (condições de moradia, número de entes, etc.), tem a finalidade de determinar o risco social e de saúde de uma família, mostrando seu potencial de adoecimento. De acordo com o risco, a família pode ser classificada em Risco 1, Risco 2 e Risco 3 (risco leve, moderado e grave, respectivamente). A escala não classifica riscos individuais e não reconhece todos os riscos de uma família. (COELHO, 2004; SAVASSI, 2012; COSTA, 2009; SCHLITHLER, 2010)

Realizamos nova reunião com ESF, capacitando os ACSs na utilização do instrumento. Foram explicados os pontos avaliados na Escala e dirimir as dúvidas para que houvesse homogeneidade na sua aplicação.

Foram agendadas Visitas Domiciliares com cada ACS para que pudéssemos realizar a aplicação da Escala e solucionar qualquer dúvida pendente. A partir disso, estavam aptos a continuar o trabalho.

Para realização do estudo foram incluídas as famílias que possuem algum membro cadastrado no programa de Visita Domiciliar. Foram excluídas as famílias que se encontram em áreas descobertas de ACSs.

7 CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA DE ATIVIDADES | Abril/ 14 | Mai/ 14 | Jun/ 14 | Jul/ 14 | Ago /14 | Set/ 14 | Out/ 14 | Nov /14 | Dez /14 | Jan/ 15 | Fev /15 | Mar /15 |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Atividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Reunião ESF | X | | | | | | | | | | | |
| Reunião gestão | | X | | | | | | | | | | |
| Apresentação tema para gestão | | | X | | | | | | | | | |
| Capacitação ACSs | | | | X | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | X | X | X | X | X | | | |
| Análise dos dados | | | | | | | | | X | X | | |
| Reorganização visitas | | | | | | | | | | | X | X |

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos humanos necessários à intervenção incluirão o médico da unidade e demais membros da equipe da UBS Sede III, como enfermeira, auxiliar de enfermagem, Os ACSs, atores sociais importantes na realização das atividades, auxiliarão no processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas durante o projeto.

Para as atividades de visita domiciliar, serão necessários alguns recursos materiais como esfigmomanômetro, glicosímetro, equipamentos e/ou medicamentos existentes na unidade ou fornecidos pela Secretaria de Saúde do município. Utilizaremos ainda, papel ofício para impressão de instrumentos, encadernamento do material impresso e canetas custeados pelo pesquisador.

9 RESULTADOS PRELIMINARES

- Qualificação dos registros do processo de visitação – perspectivas melhores com o ESUS-SISAB.

Nesse estudo, classificou-se o padrão das famílias de acordo com o risco familiar utilizando a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi.

Até o momento, das 26 famílias avaliadas, 14 não se enquadram em nenhum risco, 10 no Risco 1, 1 no Risco 2 e 1 no Risco 3.

Com isso, pretende-se obter dados para uma melhor organização das visitas domiciliares, aperfeiçoar o cronograma, mantendo qualidade assistencial, enriquecer as visitas com processos de educação em saúde no ambiente familiar, com foco no cuidador, e expandir a atenção domiciliar para pacientes de área descoberta. As visitas também ampliariam vínculos entre equipe de saúde e família, estabelecendo cumplicidade e determinando um melhor bem estar familiar.

Propõe-se uma melhor relação com NASF e EMAD, utilizando ações planejadas de referência e contra referência, promovendo um cuidado integrado da família, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Segundo Pereira et al (2004), a assistência domiciliária favoreceria também o aumento do número de vagas nos hospitais, a redução do risco de infecção hospitalar, redução dos custos e humanização do atendimento, promovendo uma maior integração dos serviços hospitalares e extra-hospitalares e uma assistência continuada.

É importante salientar que, pelo fato de termos grande dinâmica no território, a classificação do risco familiar é mutável e deve ser revista periodicamente, avaliando a vulnerabilidade de cada família. (COELHO, 2004; SAVASSI, 2012)

De forma geral, não existem protocolos de condutas ou critérios para visita domiciliar. Isso ocorre devido os vários tipos de atendimentos domiciliares que existem. Apesar disso, a implementação de critérios de elegibilidade melhoraria a funcionalidade das visitas, além de embasar a equipe na decisão de incluir uma família em detrimento de outra. (BORGES, 2010)

10 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2014.

BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais Velho: implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de Serviços. Washington DC: World Bank; 2011.

BORGES, R. **Visita médica domiciliar: espaço para interação, comunicação e prática: estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis – Santa Catarina**. 2010. 245f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRASIL. Instituto de Departamento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 15 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde; Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em 17 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde; Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_060511.pdf. Acesso em 17 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v.1. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, p.1338-40, set./out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 ago. 2014.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/issue/view/2>. Acesso em: 14 ago. 2014.

COSTA, A. C. I. et al. Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde. Relato de experiência na Unidade de Saúde da Família Macaxeira/Buriti. In: 2º SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE, 2, 2009, Recife. **Anais**. Recife: ABEn, 2009. p. 98-100. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id58r0.pdf. Acesso em: 16 ago. 2014.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

DUCA, G. F. D. et al. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1403-10, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 ago. 2014.

IBGE. Projeção da População do Brasil: População brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>. Acesso em 20 ago. 2014.

IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445. Acesso em 20 ago. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708. Acesso em 20 ago 2014.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 190-195, 2012. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18877/pdf.__ Acesso em: 15 ago. 2014

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6 (Supl 1):S4-S6, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>. Acesso em 20 ago. 2014.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003.

OLIVEIRA, A. M. S. **A enfermeira no cuidado domiciliar a idoso: desvelando os sentidos do vivido**. 2013. 109f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C. BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 1, maio 2011. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20%20C3%93bito%20Infantil/Revista%20Lancet%20-%20S%20C3%A9rie%20Brasil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 18 ago.2014.

PEREIRA, M. J. B. et al. Assistência domiciliar – Instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação. In MS/OPAS – Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – v.2, Brasília-DF, 2004, p. 71-80.

POLARO, S. H. I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Assistência Domiciliar. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar**. Ribeirão Preto – SP, 2007. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/manual-sad.pdf>. Acesso em: 06 out. 2014

SAVASSI, L. C. M., LAGE, J. L., COELHO, F. L. G. Sistematização de Instrumentos de Estratificação de Risco Familiar: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *J. Manag*

Prim Health Care, v. 3, n.2, p. 179-185, 2012. Disponível em <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/61>. Acesso em 14 ago. 2014

SCHLITTLER, A. C. B., CERON, M., GONÇALVES, D.A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Especialização em Saúde da Família, Módulo Psicossocial, Unidade 18. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010. P-43-69. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf. Acesso em: 13 ago. 2014

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 JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

TELLES, J. L.; GROISMANN D. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimentotellesdaniel.pdf>. Acesso em 20 ago 2014.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 ago. 2014.

ANEXO A

Classificação de Risco de Coelho e Savassi (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 |