



ORGANIZANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE/MG

LUIZ RUGERO MARCATTO DO CARMO; LORENA DA CUNHA FARIA; MARINA FARIA SALOMÃO; VIVIANE BATISTA SANTOS; SAFIRA RIOS SOUZA CRUZ

RESUMO

A Atenção Domiciliar inclui todas as ações em saúde realizadas no domicílio. Sua coordenação é desempenhada pela Atenção Primária à Saúde através das atividades das equipes de Saúde da Família. A Atenção Domiciliar é uma importante ferramenta da Atenção Primária à Saúde, oferecendo cuidado a populações com restrição de acesso físico às Unidades Básicas de Saúde, principalmente os idosos. Relatamos aqui a experiência desenvolvida na organização da Atenção Domiciliar em uma equipe de Saúde da Família no município de Belo Horizonte. A organização da Atenção Domiciliar pode ser um desafio para as equipes de Saúde da Família devido à complexidade de atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde e desconhecimento sobre formas de estratificar e priorizar os pacientes atendidos nessa modalidade. O objetivo principal do trabalho foi relatar o processo organizacional da Atenção Domiciliar em uma eSF em Belo Horizonte, apresentando ainda os parâmetros utilizados para elencar as prioridades dentre os pacientes elegíveis e as atividades subsequentes no cuidado domiciliar. O projeto iniciou-se com o processo de educação da própria equipe, seguido de confecção de mapa da região abrangida e listagem dos pacientes com necessidade de visita domiciliar. Para ordenar o grau de vulnerabilidade dos pacientes foram utilizadas 3 escalas, aplicadas em todas as visitas domiciliares, sendo elas: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, Escala de Risco Familiar e Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS. A partir disso, a equipe foi capaz de identificar os idosos com maior grau de vulnerabilidade, solicitando apoio da equipe multidisciplinar através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e programa Mais Vida em Casa. A organização da atenção ofertada aos pacientes em Atenção Domiciliar na equipe de Saúde da Família aqui descrita foi necessária para estratificar adequadamente as vulnerabilidades dessa população e definir prioridades de atendimento na Atenção Primária à Saúde e nos outros elementos da Rede de Atenção à Saúde. O uso de escalas específicas para a Atenção Domiciliar permitiu que fossem identificados pacientes com maiores vulnerabilidades clínico-funcionais e que fosse definida a frequência das visitas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; vulnerabilidade; saúde no domicílio; ivcf-20; coordenação do cuidado; cuidados paliativos

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) inclui todas as ações em saúde realizadas no domicílio. A coordenação do cuidado na AD é desempenhada pela Atenção Primária à Saúde (APS) através das atividades das equipes de Saúde da Família (eSF). A AD deve integrar-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS) com ações realizadas em domicílio, envolvendo prevenção,

promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição. A AD tem se expandido no Brasil e no mundo, com publicações importantes da última década tratando desse assunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) (SAVASSI et al., 2022) (PEREIRA et al., 2022).

A organização da AD pode ser um desafio para a eSF devido à complexidade de atividades desenvolvidas na APS e desconhecimento sobre formas de estratificar e priorizar os pacientes atendidos nessa modalidade. Na eSF aqui abordada, somam-se a essas questões a redistribuição recente de áreas entre Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além de mudanças de profissionais médico, enfermeiro e técnico em enfermagem. A organização da AD, neste cenário, apresenta-se como uma necessidade e uma prioridade para a saúde da população residente no território adscrito.

O objetivo deste trabalho é relatar o processo de organização da Atenção Domiciliar desenvolvido em uma equipe de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, através de ações estruturadas e emprego de escores de vulnerabilidade.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A organização da AD aqui descrita foi estruturada em quatro fases: revisão de literatura sobre o tema e levantamento de dados dos pacientes; criação de tabela e mapa inteligente digital; realização de visitas domiciliares e aplicação de escores de risco e vulnerabilidade; revisão e manutenção.

Na primeira fase, foi realizada pesquisa nas bases de dados BVS e Pubmed por artigos relacionados ao tema, utilizando-se as seguintes palavras-chave: "atenção domiciliar", atendimento domiciliar, cuidado domiciliar, estratificação de risco domiciliar e organização "atenção domiciliar". Com as informações, foi feita roda de discussão com todos os integrantes da eSF e solicitado às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) confecção de lista com os nomes e endereços dos pacientes da área de abrangência que necessitavam de atendimento domiciliar.

A segunda fase incluiu a estruturação dos dados, com preenchimento de planilha desenvolvida pela eSF com as informações dos pacientes em AD. Foi feita ainda aplicação dos pacientes em mapa digital no Google My Maps e definição de calendário de visitas.

Durante a terceira fase, foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes. Em todos eles, foram aplicados 3 diferentes escores de vulnerabilidade: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (UFMG, 2023), Escala de Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2004) e Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS (PINHEIRO et al., 2019). Os resultados foram inseridos na planilha de organização da AD da eSF.

Na fase de revisão e manutenção, foi desenvolvido projeto terapêutico singular para cada um dos pacientes, com participação dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Foram ainda solicitadas visitas domiciliares da Geriatria do programa Mais Vida em Casa (CANAZART et al., 2021) para pacientes selecionados. Por fim, essa fase incluiu também discussão com a gerência da unidade para estímulo à educação permanente no Centro de Saúde, com execução de oficinas com as demais eSF da unidade e replicação das atividades.

3 DISCUSSÃO

A primeira fase do projeto incluiu revisão de literatura sobre a AD. A partir de dados coletados nas publicações Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar (PEREIRA et al., 2022) e Tratado de Atenção Domiciliar (SAVASSI et al., 2022), foi desenvolvida apresentação

expositiva sobre a AD e realizada roda de discussão com os integrantes da eSF.

A Atenção Domiciliar (AD) é definida por Savassi et al. (2022) como “o conjunto de ações em saúde realizadas no domicílio”, sendo caracterizada por “estabilidade clínica, densidade tecnológica específica, e dependente de pessoas que realizam ações complementares às ações das equipes de saúde”. É uma importante forma de cuidado, no sentido em que amplia as possibilidades de atendimento a populações com restrição de locomoção e permite uma visão única sobre o contexto de vida das pessoas (SAVASSI et al., 2022).

A AD tem se expandido progressivamente no mundo e no Brasil por apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares, a ampliação do acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados, além de representar uma solução importante para a sobrecarga das portas de urgência. Desde a perspectiva do usuário, busca a humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade e resolutividade do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de cuidados e fonte fundamental da AD (SAVASSI et al., 2022), sendo que essa modalidade de atenção deve “estar integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) por um conjunto de ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição realizadas em domicílio” (PEREIRA et al., 2022).

As ações da AD são realizadas por profissionais da Atenção Primária, representada pelas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), profissionais de apoio da Atenção Básica, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); e pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que é composto pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). (PEREIRA et al., 2022)

Uma vez reforçado o papel da APS e da eSF na AD, foi solicitado às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) confecção de lista com os nomes e endereços dos pacientes da área de abrangência da eSF que necessitavam de atendimento domiciliar. Esses dados foram empregados na segunda fase do projeto, com preenchimento de planilha contendo as informações dos pacientes em AD. Foram listados no território da eSF um total de 26 pacientes para a AD.

Para melhor ordenação da AD e planejamento de visitas próximas no território adscrito à eSF, foi feito georreferenciamento dos pacientes em mapa digital no Google My Maps. Aliado aos dados de casos prioritários trazidos pelas ACS, foi possível com o mapa digital estabelecer rotas otimizadas de visitas e definir um cronograma de visitas domiciliares, garantindo atendimentos a todos os pacientes dentro das 12 semanas seguintes. Foi realizada uma média de 2 visitas domiciliares por semana nesse período.



Imagem 1. Georreferenciamento dos pacientes em AD da eSF, utilizando o sistema Google My Maps. Cada cor corresponde à área de atuação de uma das ACS. (Autoria própria)

A terceira fase consistiu da realização das visitas domiciliares programadas e aplicação de 3 escores de vulnerabilidade a todos os pacientes: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (UFMG, 2023), Escala de Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2004) e Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS (PINHEIRO et al., 2019).

O IVCF-20 (UFMG, 2023) é um instrumento de fácil aplicação e que permite o rápido reconhecimento dos principais problemas de saúde da pessoa idosa. Pode ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde e auxilia na identificação do risco de declínio funcional do paciente.

É um instrumento simples e de rápida aplicação (5 a 10 minutos), que avalia as principais dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária, a cognição, o humor, a mobilidade, a comunicação e a presença de comorbidades múltiplas. (...) É um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, constituído por 20 questões distribuídas em oito seções. (...) Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. (UFMG, 2023)

A partir de dados coletados na ficha preenchida pelas ACS no momento de cadastro dos pacientes (Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica), Coelho e Savassi (2004) desenvolveram uma escala com sentinelas de risco familiar. A partir da pontuação das sentinelas, estabelece-se o escore total de Escala de Risco Familiar em R1 (Risco Menor), R2 (Risco Médio) e R3 (Risco Máximo). Quanto maior o risco, maior deve ser a priorização da visita domiciliar.

Procura-se estabelecer uma maneira simples, fácil e clara de priorizar atendimento nas VD, utilizando-se um instrumento plenamente objetivo e que já está presente no dia-a-dia das equipes, a ficha A, não demandando a elaboração de nenhuma outra ficha, papel ou escala para se avaliar a comunidade. Ressalta-se que este projeto pode ser utilizado tanto para se estabelecer prioridades dentro de uma ESF, quanto para se destinar maior ou menor quantidade de recursos para diferentes equipes e/ou microáreas de acordo com o levantamento realizado. (COELHO; SAVASSI, 2004)

Por fim, aplicamos também a Escala de Risco e Vulnerabilidade para Atenção Domiciliar na APS (PINHEIRO et al., 2019). Desenvolvida a partir de outras escalas de risco, a ferramenta de Pinheiro et al. (2019) inclui também dados sobre a fragilidade clínica e cuidados paliativos, através da incorporação da Palliative Care Screening Tool (CLARA et al., 2019). O escore obtido permite classificar a fragilidade e sugerir um tempo médio entre visitas domiciliares ao paciente:

Após a avaliação e estratificação de risco e vulnerabilidade, os autores elaboraram uma proposta de planejamento através desta avaliação e classificação. É importante ressaltar que a abordagem centrada na pessoa deve ser o norte para este planejamento; de acordo com a comorbidade e com a situação de cada paciente, os profissionais terão autonomia para agendar os retornos. Este planejamento das visitas serve como um parâmetro ou referência para apoiar a gestão das VD pela equipe. (PINHEIRO et al., 2019)

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

Imagem 2. Classificação de risco e vulnerabilidade, de acordo com a pontuação e planejamento temporal das próximas visitas. (PINHEIRO et al., 2019)

Após realização das visitas, os escores dos pacientes em cada uma das três escalas foram inseridos na planilha de organização da AD da eSF. Com todos os pacientes estratificados, foi possível realizar priorização e programação do calendário das próximas visitas.

Além da aplicação dos escores, foram solicitados exames laboratoriais para os pacientes que necessitavam, prescrição e interrupção de medicações, bem como orientações aos pacientes e familiares sobre adequações no domicílio para prevenção de quedas e acidentes, cuidados de higiene e outras atividades de promoção à saúde do paciente em AD e de seus cuidadores.

Na fase de revisão e manutenção, foi desenvolvido projeto terapêutico singular para cada um dos pacientes, com participação dos integrantes da eSF e inserção dos profissionais do NASF-AB no cuidado compartilhado. Os encaminhamentos para nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, farmácia e assistência social foram definidos a partir das necessidades e comorbidades de cada paciente, estabelecidas no plano de cuidado.

Foram solicitadas ainda visitas domiciliares da Geriatria do programa Mais Vida em Casa (CANAZART et al., 2021) para todos os pacientes da eSF em AD com mais de 60 anos e IVCF-20 maior ou igual a 15.

O programa Mais Vida em Casa é um programa pioneiro implementado pela Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com o Governo de Minas Gerais e o serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Em vigor desde 2010, os idosos residentes em Belo Horizonte e restritos ao domicílio podem ser encaminhados pelos Centros de Saúde para avaliação geriátrica em casa (CANAZART et al., 2021). São critérios de inclusão no programa a pontuação no IVCF-20 maior ou igual a 15, polifarmácia, restrição de locomoção e alteração da cognição, entre outros.

O “Mais Vida” e o “Mais Vida em Casa” têm como produto final a elaboração do plano de cuidados. É importante ressaltar, também, o papel matricial e instrutivo oferecido pelos centros de especialidade geriátrica às unidades básicas de saúde, através de cursos e mutirões de saúde. O programa propõe a gestão colaborativa do cuidado, de forma a “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde”, seguindo a recomendação da política nacional de humanização do SUS. (CANAZART et al., 2021)

Por fim, a quarta fase do projeto fase incluiu discussão com a gerência da unidade para estímulo à educação permanente no Centro de Saúde, com execução de oficinas para que as demais eSF da unidade se apropriem da metodologia e das escalas aqui descritas e possam replicar a ação em seus territórios. A reprodução das atividades através da educação permanente em saúde, com práticas educativas pautadas na problematização do trabalho, é um importante foco de propagação do saber produzido no cotidiano dos serviços de saúde (SENA et al., 2017).

4 CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de cuidados e fonte fundamental

da AD (SAVASSI et al., 2022). A organização da atenção ofertada aos pacientes em AD na eSF aqui descrita foi necessária para estratificar adequadamente as vulnerabilidades dessa população e definir prioridades de atendimento na APS e nos outros elementos da RAS. O uso de escalas específicas para a AD permitiu que fossem identificados pacientes com maiores vulnerabilidades clínico-funcionais e que fosse definida a frequência das visitas.

São necessários outros estudos que analisem quantitativamente os escores obtidos na população descrita, realizando comparação entre os usuários em AD dessa eSF e outras populações já estudadas (MAIA, 2021).

Identificar precocemente a fragilização do indivíduo e estimular seu cuidado longitudinal permite a redução de agravos, reabilitação precoce e redução do impacto de doenças crônicas na funcionalidade da pessoa idosa (MAIA, 2020). Como os escores têm caráter dinâmico - característica notável principalmente nas dimensões abordadas no IVCF-20 -, é importante também realização de estudos futuros comparativos dentro da mesma população, analisando a evolução das dimensões individuais para um mesmo paciente ao longo do tempo e o impacto das ações desenvolvidas na AD do território.

REFERÊNCIAS

CANAZART, Jéssica Augusta et al. Impacto da gestão compartilhada em idosos restritos ao leito e ao lar. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 31, ed. e-31110, 2021. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/3835>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CLARA, Maykel Gonçalves Santa et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22(5), ed. e190143, 2019.

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Brasil, v. 1, ed. 2, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MAIA, Luciana Colares et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, ed. 12, p. 5041-5050, 2020.

MAIA, Luciana Colares et al. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, ed. 10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyp7PxMrZdMC4jsJh5VF93f/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 100 p. DOI 978-85-334-2776-1. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

PEREIRA, Adriana Ferreira et al. *Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar*. 1. ed. Belo Horizonte: SMSA-PBH, 2022. 72 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PINHEIRO, Juliana Viana; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; FIUZA, Tatiana Monteiro; JUNIOR, Renan Magalhaes Montenegro. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1818, ed. 41, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1818>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro et al, (ed.). *Tratado de Atenção Domiciliar*. 1. ed. Brasil: Manole, 2022. 1350 p. ISBN 9786555767506.

SENA, Roseni Rosângela de et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l.], v. 38, ed. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/DFQV5Tz9CsFXnknvXrm4hwN/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

UFMG (Belo Horizonte). *IVCF-20. Questionário IVCF-20*. Belo Horizonte: IVCF-20, 2023. Disponível em: <https://www.ivcf20.org/questionario-ivcf20>. Acesso em: 19 jun. 2023.