Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Dona Margarida

Fundamentação teórica
Atenção domiciliar

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
MAIS SAÚDE PARA VOCÊ

PROVAB
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

ATENÇÃO DOMICILIAR

Sara Turcotte

Introdução

A visita domiciliar é um instrumento de trabalho que pertence ao mundo dos cuidados de saúde desde o início do desenvolvimento da medicina e dos cuidados em saúde. Numa grande parte da história da humanidade, até o início do último século, ela era o principal instrumento de contato entre o médico, os outros profissionais de saúde e o paciente; porém, a fragmentação e a verticalização dos serviços de saúde, ocorrendo em paralelo com a tecnologização, colocaram a visita domiciliar em segundo plano, colaborando para um esquecimento e um certo desprestígio dessa prática.

No Brasil, algumas experiências e situações ocorrendo tanto no âmbito da saúde pública quanto no da saúde suplementar estão contribuindo para oferecer novamente suas letras de nobreza a esse instrumento de trabalho, revalorizando-o e reconhecendo sua complexidade.

Contextualização

A Estratégia de Saúde da Família, que existe desde 1993, torna-se fundamental para reerguer a visita domiciliar como elemento primordial de assistência à saúde, melhorando a qualidade de vida dos usuários dos sistemas de saúde. Seus fundamentos são baseados na família e no âmbito domiciliar e comunitário, como descrito a seguir por Egry:

> A inserção da família como foco de atuação na política de saúde, como propõe o PSF, entende a família como sujeito do processo assistencial de saúde, definindo o domicilio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extrafamiliares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (EGRY, 2000).

Há também, desde o final dos anos 1990, o desenvolvimento de serviços de "home care" pelo mercado de saúde privado, derivados das estratégias do "managed care" americano, focando, na época, a desospitalização de casos de internação prolongada como forma de otimizar os resultados e custo-benefícios em saúde.

Nos dias de hoje, essa modalidade evoluiu, tanto nos Estados Unidos quanto na América do Sul, para programas domiciliares de cunho mais preventivo, como os programas de gerenciamento de doenças crônicas, que envolvem não somente os serviços, planos e seguros de saúde, mas também o meio empresarial, que conseguiu detectar nessa aproximação do lar uma chave cada vez mais importante para o desenvolvimento de atividades de saúde preventivas contextualizadas à realidade do usuário e do trabalhador, salvando assim milhões de reais e dólares em dias de internação desnecessários ou em produtividade.

A legislação segue o rumo da evolução das ações nesse sentido, adotando leis regulamentando a área, como: a Lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002, que acrescentou a Lei Orgânica da Saúde; o Atendimento e a Internação Domiciliar no SUS; a Portaria nº 2.416 de 23 de março 1998, sobre requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS; a Resolução da ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar; e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2529, de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Definições e conceitos

Vários termos são utilizados para definir modalidades de assistência em que se inclui a visita domiciliar como instrumento. A variedade desses termos leva algumas vezes a certa controvérsia, dificultando o intercâmbio de informações. Nesse sentido, serão aqui colocadas algumas definições oriundas de organismos oficiais.

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde brasileiro utiliza o termo Atenção Domiciliar para designar o conjunto de ações integradas em saúde que ocorrem no domicílio destinadas à população em geral. Compreende ações articuladas de vigilância à saúde, Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar.

Subdivide-se a Atenção Domiciliar em Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar.

A Assistência Domiciliar constitui um recorte da Atenção Domiciliar que ocorre no âmbito da Atenção Primária em Saúde, vinculada ou não às equipes de Saúde da Família e destinadas a pessoas com perdas funcionais e dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD).

A Internação Domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa por equipe exclusiva para esse fim.

A modalidade de Assistência Domiciliar pode ser dividida em três subcategorias: Vigilância, Atendimento e Acompanhamento Domiciliares.

A Vigilância Domiciliar é o comparecimento de um integrante da equipe para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população, como:

- Visitas a puérperas;
- Busca de recém-nascidos;
- Busca ativa dos programas de prioridades;
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento;
- Evolução de egressos hospitalares.

O Atendimento Domiciliar é dirigido a pessoas com problemas agudos, temporariamente impossibilitadas de comparecer à UBS.

O Acompanhamento Domiciliar (às vezes chamado Monitoramento Domiciliar) é dirigido a pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe. Exemplos de condições indicadas:

- Pacientes portadores de doença crônica que apresentem dependência física;
- Pacientes em fase terminal;
- Pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Pacientes egressos do hospital que necessitem de acompanhamento por alguma condição que os incapacite a comparecer à Unidade;
- Pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, que determinem dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde;
- Cuidadores das pessoas incapacitadas.

Teoricamente, dificuldades financeiras ou estruturais para acessar a UBS não são uma indicação de Acompanhamento Domiciliar. Devem ser promovidas ações de adequação do espaço urbano e do sistema de transporte e medidas globais de acessibilidade, respondendo às mudanças demográficas das populações para endereçar esses problemas. Entretanto, no dia a dia das equipes de Saúde da Família, a modalidade de Vigilância ou Atendimento Domiciliar é necessária por essas razões.

Cuidador

O cuidador pode ser um membro da família ou comunidade que, idealmente, deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente.

Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica, se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade.

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário) pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Deve ser treinado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. O importante é que as atribuições sejam

definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades.

É possível que o cuidador não seja habilitado ou autorizado a tomar decisão em relação ao andamento da assistência ao usuário. Dessa forma, precisa-se definir um interlocutor que seja responsável pelo bom andamento do caso.

Princípios

É importante sublinhar que de simples a Atenção Domiciliar não tem nada. Ela é um conjunto de ações complexas, e também o âmbito por excelência para o desenvolvimento e a otimização das tecnologias leve e leve-duras.

A complexidade deriva das várias condições possíveis de se encontrar, tanto no âmbito da prevenção quanto no da assistência e no da reabilitação, a multiplicidade das proveniências de demandas, a integração com serviços sociais concomitantes, a articulação simultânea com outros níveis de atenção, assim como de outros serviços complementares, como a Internação Domiciliar ou serviços intermediários e de reabilitação, a necessidade ocasional de transporte adaptado e a utilização direta ou indireta de uma rede de apoio formal ou informal.

A implantação, o planejamento e a sistematização encontram ainda dificuldades pela escassez de estudos científicos na área e dos recursos para viabilizá-los.

Abordagem integral à família

Abordar de modo integral e individualizado o paciente e sua família em seu contexto socioeconômico e cultural é imprescindível. As relações familiares influenciam diretamente o estado de saúde dos seus integrantes, portanto conflitos, desintegração e resiliência são situações que fazem parte do processo e devem ser conscientizados e considerados no plano de cuidados.

Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador

A Atenção Domiciliar não pode ser imposta. Devem-se manter objetivos resguardando maior autonomia, registrando-se idealmente o consentimento esclarecido aos serviços de todos os indivíduos implicados, respeitando as forças e limites encontrados.

Definem-se papéis, entre outros os do cuidador principal e do(s) cuidador(es) secundário(s), formais ou não, assim como se identificam um responsável e um interlocutor, caso o paciente ou o cuidador não sejam habilitados ou autorizados para tomar as decisões relativas à assistência.

Trabalho em equipe e interdisciplinaridade

Em geral, 80% dos cuidados em domicílio são oferecidos por profissionais não médicos. Esses cuidados demandam um esforço de integração, por meio, às vezes, de prontuários domiciliares, visitas em conjunto ou reuniões de equipes interdisciplinares, seja para estabelecer plano de avaliação inicial, plano de intervenção ou terapêutico, ou para a revisão destes.

Adscrição da clientela

A Atenção Domiciliar deve ser efetivada no contexto da territorialização, idealmente com cadastro especial desses usuários.

Inserção na política social local

A Atenção Domiciliar deve ser inserida na política de saúde e de assistência social do município, oferecendo apoio através de rede assistencial especializada, incluindo transporte adaptado.

Estímulo a redes de solidariedade

A Atenção Domiciliar deve ser efetivada também por meio das estruturas e iniciativas existentes no território para ampliar a ação e o olhar, ou seja, por meio de instituições ou iniciativas do terceiro setor, privadas ou comunitárias, tais como igrejas, associações de bairro, clubes e organizações não governamentais.

Sistematização da atenção domiciliar na ESF

Critérios de elegibilidade

A Atenção Domiciliar deve ser dimensionada conforme recursos e demanda. A demanda pode ser elevada no contexto dos serviços públicos, e os critérios devem ser escolhidos para o planejamento e a priorização das ações, aplicando assim o princípio da equidade, ou seja, oferecer mais serviços a quem mais precisa.

A Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola quantifica o grau de dependência funcional. Ela se estratifica da seguinte forma:

- **Grau 0** – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- **Grau 1** – Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- **Grau 2** – Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- **Grau 3** – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- **Grau 4** – Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- **Grau 5** – Imobilizado na cama ou sofá, necessita de cuidados contínuos.

Os cuidados domiciliares de primeiro nível são dirigidos a pessoas com graus 1 e 2 de incapacidade funcional para as AVD. Eles podem ser enquadrados em modalidade de vigilância ou atendimento domiciliar, mas não caracterizam pacientes elegíveis à Assistência Domiciliar, pois não requerem que a integralidade dos seus cuidados seja fornecida no domicílio. Não é obrigatório que disponham de cuidador no domicílio. Usuários de oxigenoterapia domiciliar que deambulam são um exemplo de usuário que pode se beneficiar desse nível de Atenção Domiciliar.

Considera-se elegível à Assistência Domiciliar, na modalidade de acompanhamento, o paciente cotando 3 nesta escala, o que se caracteriza como cuidados domiciliares de segundo nível. Precisam de um cuidador, mas não necessariamente 24 horas. Essas pessoas devem ser ligadas a uma Unidade Ambulatorial, como a UBS. Os portadores de limitações funcionais motoras por causa de um Acidente Vascular Cerebral são um exemplo de pessoas que necessitam desse nível de cuidados.

Os cuidados domiciliares de terceiro nível são dirigidos a pessoas com graus 4 e 5 de incapacidade funcional para as AVD. Precisam de um cuidador em tempo integral, ou seja, 24 horas. Podem estar vinculadas a uma Unidade Ambulatorial, um Serviço de Assistência Domiciliar e/ou um Serviço de Internação Domiciliar, conforme grau de complexidade assistencial. Necessitam apresentar, entretanto, um estado clínico estável. Por exemplo, se a pessoa com sequelas de AVC estiver com uma sonda nasoenteral e uma escarra de grau I em área sacra, pode ser assistida pela UBS. Apresentando complexidade maior de assistência, como escarra grau IV complexa, traqueostomia e hipersecreção com necessidade de aspirações traqueais, o nível de Assistência Domiciliar pode requerer o acréscimo de serviços específicos de Assistência Domiciliar aos da UBS ou de internação domiciliar, lembrando que no estado atual da estrutura do SUS, a internação domiciliar é nesse momento somente dirigida a pacientes egressos de internação hospitalar.

Pode-se acrescentar à Escala de Avaliação de Dependência Funcional da Cruz Vermelha Espanhola uma grade de avaliação de complexidade assistencial. Não existe ainda uma tabela oficial reconhecida pelo Ministério da Saúde, mas a ANVISA reconhece a TACA (Tabela de Avaliação da Complexidade Assistencial) utilizada pela ABEMID (Associação Brasileira de Internação Domiciliar) para ajudar a priorização dos casos e dimensionar a intensidade dos serviços a serem oferecidos em âmbito privado. Na experiência do Serviço de Assistência Domiciliar da região do Campo Limpo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a pontuação obtida nessa grade de avaliação determina a intensidade e a forma de apoio que serão dadas à equipe de Saúde da Família em termos de recursos humanos e de frequência de visitas.

Anexo I - Tabela de complexidade assistencial - Fonte: ABEMID, 2004.

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID[4]

Efetuada em: _____/_____/_____

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento – 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento – 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento – 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		

Descrição	Itens da Avaliação	Pontos Atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Subcutânea	3
	Intravenosa	5
	Intratecal	5
Suporte ventilatório	O^2 Intermitente	2
	O^2 Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisioterapia / Fonoaudiologia / Etc.	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Íleo	3
	Nutrição Parenteral Total	5

[4] Divulgação autorizada pelo presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar

Figura 1 – Complexidade assistencial.

Esses instrumentos permitem efetivar a classificação e a priorização das ações de Atenção Domiciliar nas várias modalidades de assistência, incluindo vigilância, atendimento, acompanhamento, assistência e internação domiciliares. Diversas situações e objetivos a justificam e devem ser acatadas conforme a capacidade da equipe em responder adequadamente às situações, em função dos recursos humanos e tecnológicos e de critérios claros e definidos para a equipe e a comunidade.

Fluxo de avaliação e planejamento

O fluxo de avaliação e planejamento é composto das seguintes etapas:

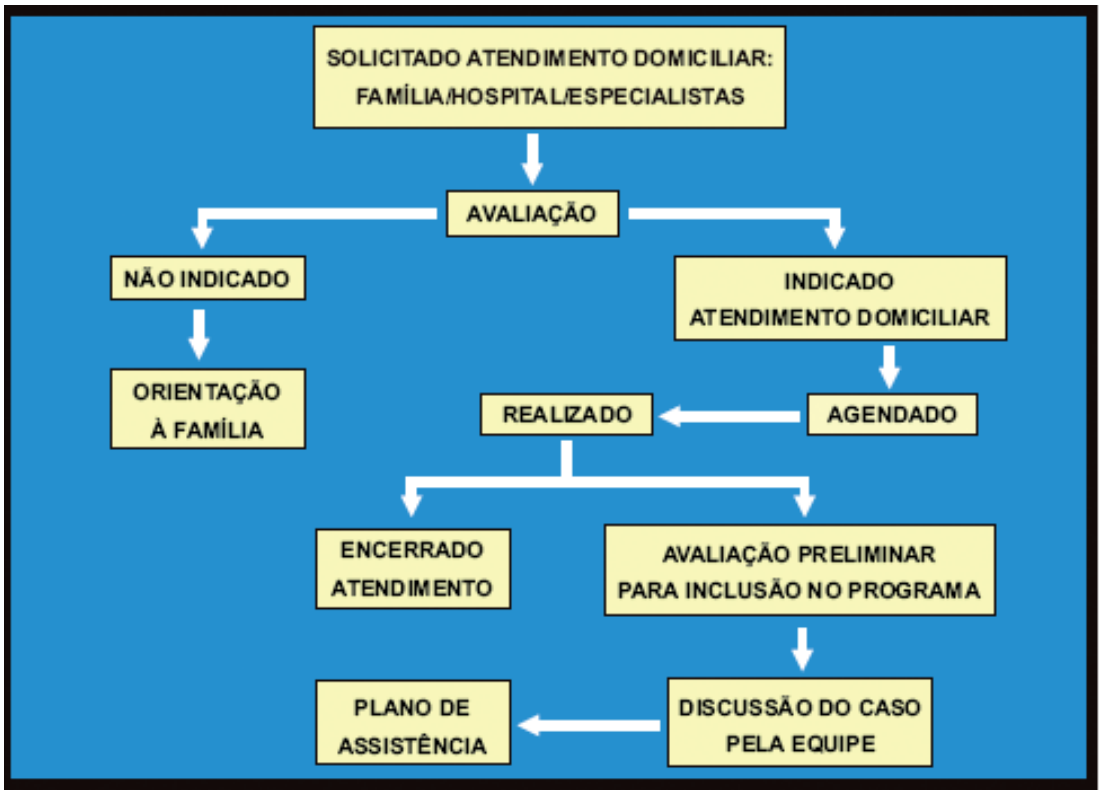

Figura 2: Fluxo retirado do Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Avaliação da solicitação de assistência domiciliar

Idealmente, a solicitação de Atenção Domiciliar deve partir parcialmente das atividades de planejamento através do rastreamento de indivíduos identificados com os instrumentos descritos previamente e inseridos em atividades programadas nas várias modalidades, também descritas previamente. Entretanto, a saúde é um estado dinâmico e vão surgir demandas não planejadas que podem ter sua origem em várias fontes, como a própria equipe, o Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família, o usuário, a gerência, a promotoria, o hospital ou outros serviços de Atenção Domiciliar, como os serviços de Assistência Domiciliar e de Internação Domiciliar.

Essa avaliação deve apresentar dados sobre identificação, pertencimento territorial, endereço, razão da solicitação com dados mínimos de anamnese biopsicossocial.

Na figura 3, apresento a ficha de solicitação existente na Unidade de Assistência Domiciliar (UAD) do Campo Limpo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, cujos dados iniciais de solicitação de apoio são registrados pelos membros de uma equipe de ESF para a UAD, como exemplos que podem ser procurados na avaliação da solicitação.

SUPERVISÃO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Ficha de Avaliação Inicial - Adulto

1) Identificação do Paciente

Nome_____ Idade_____ Pront. UBS: ____
CNS _____ CPF_____ Data nasc. _____
Nome da mãe _____ Endereço _____
_____ Cep_____ Transporte próprio? ( ) sim ( ) não
Referência_____ Telefone_____
UBS referência_____( ) Equipe PSF ( ) Equipe Área _____
Enfermeira (PACS): _____ ACS _____ Médico (PSF) _____
Convênio - ( ) Sim, qual? _____ ( ) Não
Local e data última Internação_____

2) Diagnósticos Atuais Referidos_____
_____
_____

3) Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola

( ) Grau 0 – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente
( ) Grau 1 – Realiza suficientemente as atividades da vida diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas
( ) Grau 2 – Apresenta algumas dificuldades na AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar
( ) Grau 3 – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa
( ) Grau 4 – Impossível realiza sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado, por pelo menos duas pessoas
( ) Grau 5 – Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos

4) Tabela de Avaliação da Complexidade Assistencial:

Descrição	Itens de Avaliação	Pontos Atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	01
	Sonda vesical Intermitente	02
	Traqueostomia sem aspiração	02
	Traqueostomia com aspiração	05
	Aspiração de Vias Aéreas Superiores	03
	Acesso venoso profundo contínuo	05
	Acesso venoso intermitente	04
	Acesso venoso periférico contínuo	05
	Diálise domiciliar	05
Quimioterapia	Oral	01
	Sub cutânea	03
	Intra venosa	05
	Intra tecal	05
Suporte Ventilatório	O2 Intermitente	02
	O2 Contínuo	03
	Ventilação Mecânica Intermitente	04
	Ventilação Mec. Contínua (+ de 18h)	05
Lesão Vascular Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	02
	Ulcera de Pressão Grau II	03
	Úlcera de Pressão Grau III	04
	Úlcera de Pressão Grau IV	05
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos (profissionais)	Independente*	00
	Semi-dependente**	02
	Dependente total***	05
Dependência de Reabilitação - Fisio/Fono	Independente	00
	Dependente	02
Dependente Nutricional	Suplementação Oral	01
	Gastrostomia	02
	SNE	03
	Jejuno Íleo	03
	Nutrição Parenteral Total	05
	Total:	

OBS1: *Acamado, mas precisa apenas de cuidador; **Acamado, contactuante, com sondas, ostomias, p.ex.; ***Ventilação mecânica, traqueostomia, coma – 24h de enfermagem.

( ) < 7 - Categoria 1	( ) 8-12 – Categoria 2	( ) 13-18 - Categoria 3	( ) >19 - Categoria 4

5) Condições de Acesso a Moradia: ( ) Acesso adequado ( ) Difícil acesso

6) Cuidador: _____

6.1) Grau de instrução

( ) Não alfabetizado	( ) Alfabetizado	( ) 1°. grau completo	( ) 2°. grau completo	( ) 3°. grau completo

6.2) Grau de Capacitação para o Cuidado

( ) Capacitado	( ) Parcialmente Capacitado	( ) Incapacitado

6.3) Disponibilidade de tempo

( ) Parcial	( ) Integral

7) Plano de Acompanhamento Atual

7.1) Freqüência média de Visitas nos últimos 6 meses por categoria profissional

PROFISSIONAL	FREQUÊNCIA VISITAS				
Médico	( )+1 visita/mês	( ) 1 visita/mês	( ) 1 visita a cada 3 meses	( ) 1 visita a cada 6 meses	( ) não é visitado rotineiramente por este profissional
Enfermeiro	( )+1 visita/mês	( ) 1 visita/mês	( ) 1 visita a cada 3 meses	( ) 1 visita a cada 6 meses	( ) não é visitado rotineiramente por este profissional
Auxiliar de enfermagem	( )+1 visita/mês	( ) 1 visita/mês	( ) 1 visita a cada 3 meses	( ) 1 visita a cada 6 meses	( ) não é visitado rotineiramente por este profissional
ACS	( )+1 visita/mês	( ) 1 visita/mês	( ) 1 visita a cada 3 meses	( ) 1 visita a cada 6 meses	( ) não é visitado rotineiramente por este profissional
Outros: quais?	( )+1 visita/mês	( ) 1 visita/mês	( ) 1 visita a cada 3 meses	( ) 1 visita a cada 6 meses	( ) não é visitado rotineiramente por este profissional

8) Necessidades Identificadas

_____
_____
_____
_____
_____

9) Necessidade de Material de Consumo

Item* (especificar tamanho, se necessário)	Quantidade/mês

*Se solicitado material para curativo, caracterizar a lesão (localização e dimensões) nas Observações abaixo;

10) Observações

_____
_____
_____
_____
_____

Carimbo e assinatura do responsável pela avaliação_____ Data____/____/____

Figura 3: Formulário de solicitação de Serviços Domiciliares da Unidade de Assistência Domiciliar do Campo Limpo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A partir dessa solicitação, uma revisão do prontuário existente do paciente é desejável, assim como uma reunião prévia com a equipe a fim de determinar a elegibilidade, o prazo e o responsável pela visita de avaliação inicial.

Visita de avaliação inicial

Em geral, a visita de avaliação inicial é mais frequentemente efetuada pela enfermeira, mas conforme elementos do contexto e da história, pode ter de ser efetuada pelo Agente Comunitário de Saúde, o auxiliar de enfermagem, ou mesmo o médico. Nesses elementos incluem a resistência ou a aceitação dos usuários e/ou dos membros da família, a disponibilidade dos recursos humanos interna e externa, a urgência ou natureza clínica da demanda, entre outros fatores.

Nessa visita, devem ser levados materiais e medicações apropriados para o atendimento do caso, atualizando maleta de atendimento domiciliar. Também deve ser levado e preenchido um formulário para registro de atendimento, e depois é necessário registrar o atendimento no prontuário do usuário, assim como encaminhar o caso a uma nova reavaliação, junto à equipe ESF.

Reunião pós-avaliação inicial

Nessa reunião, será definido se o caso necessita de uma modalidade de Atenção Domiciliar e qual. Serão também estabelecidos o plano terapêutico, os objetivos terapêuticos perseguidos, o prazo para obtenção dos objetivos, a frequência das visitas e os profissionais responsáveis por estas. Poderá também ser definido se há necessidade de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou de outros serviços conexos, e assim serão feitos os encaminhamentos para estes ou outros serviços necessários, assim como os encaminhamentos para especialistas ou exames complementares.

Implementação do plano de intervenção domiciliar

A implementação do plano de intervenção domiciliar necessita da apresentação ao paciente, ao cuidador e aos familiares, assim como do consentimento esclarecido e, se possível, registrado. Ademais, devem ser objeto de consenso os horários previstos de atendimento, o estabelecimento das responsabilidades, como a identificação do interlocutor e os arranjos para transporte, em caso de necessidade.

As visitas devem ser avisadas e devidamente registradas no prontuário da ESF, assim como deve haver uma reavaliação periódica da equipe assistencial da ESF e/ou equipe ampliada pelo NASF ou outros serviços. Em certos casos, pode ser necessária a existência de um prontuário domiciliar, mas esse instrumento é em geral reservado às equipes adjuvantes, como as Unidades de Assistência Domiciliar ou os Serviços de Internação Domiciliar. Nesse caso, deve-se constituir um instrumento de integração entre os vários serviços e integrantes.

Avaliação e controle da assistência domiciliar

Idealmente, deveriam se avaliar periodicamente os resultados da assistência domiciliar prestada. Além da satisfação do usuário, podem-se destacar alguns indicadores de processo e de resultados, tais como:

- **Indicadores de processo**
  - Nº de atendimentos na AD por categoria profissional existente na equipe realizados/previstos;
  - Nº de reuniões com grupos de cuidadores realizadas/previstas;
  - Nº de discussões de casos em equipe realizadas/previstas;
  - Nº de VD solicitadas/atendidas;
  - Nº de planejamentos integrados (equipe/família) de AD previstos/realizados.
- **Indicadores de resultados**
  - Taxa de internações ou reinternações hospitalares (TIR);
  - Nº de internações ou reinternações/total de pacientes em AD;
  - Taxa de alta por recuperação (TAR);
  - Nº de usuários recuperados X 100/Número de usuários em AD;
  - Taxa de usuários da AD (TAD);
  - No de usuários de AD X 100/População da área.

Orientações ao cuidador

As principais áreas de orientação aos cuidadores que podem ser abordadas, conforme necessidade, são repertoriadas a seguir. Entretanto, passa do escopo deste documento o detalhamento de cada uma, sendo que elas podem ser aprofundadas em vários documentos orientados para o cuidador:

- Higiene oral
- Alimentação
- Diálogo em caso de dificuldade de comunicação
- Alimentação em disfágicos
- Posicionamento no leito
- Manuseio da pessoa com dependência
- Transferências posturais
- Prevenção das perdas funcionais e dependência
- Prevenção do envelhecimento ativo
- Prevenção das quedas e acidentes
- Indicações e requerimentos para oxigenoterapia domiciliar
- Controle da dor
- Prevenção de úlceras de pressão
- Cateterismo intermitente
- Manipulação do cateter urinário
- Manuseio de sondas e infusão de dietas enterais
- Preparação de dietas enterais e higienização dos utensílios
- Sites sobre cuidados com ostomias e traqueostomias:
  - http://www.campinas.sp.gov.br/saúde/programs/protocolos
  - http://www.inca.gov.br
  - http://www.sarah.br

Referências

EGRY, E.Y.; FONSECA, R. M. G. S. **A família, a visita domiciliaria e a enfermagem**: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. LOPES, José Mauro Ceratti. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Poder Judiciário. Justiça do Trabalho. Tribunal Superior do Trabalho. Coordenadoria de Saúde. **Protocolo – Assistência Domiciliar à Saúde (Home Care)**.

_____. Previdência Social. **Idosos**: problemas e cuidados básicos. Brasília: MPAS/SAS, set. 1999.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca&nota=299>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Capítulo 10 – Atenção Domiciliar.)

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Manual de cuidados domiciliares na terceira idade**: guia prático para cuidadores informais. Campinas, 2003.

DECHÊNE, G. Et al. **Précis pratique de soins médicaux à domicile**. Québec, 2000.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenação de Atenção Básica. **Cuidados Domiciliares na Atenção Básica para pessoas com perdas funcionais e dependência**. São Paulo, dez. 2004.

SZCZYPIOR, P. L. D.; DIAS, J. S.; BASTOS, L. C. **Sistema de classificação e elegibilidade de pacientes para assistência domiciliar**. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/452.PDF>. Acesso em: 25 anr. 2014.