

Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde

Proposal of a protocol for individual risk classification for home care in primary health

Leonardo Cançado Monteiro Savassi¹
 Hendrik Ranieri Oliveira de Carvalho²
 Felipe Mota Mariano²
 Cezar Augusto Lamberti²
 Márcio Figueiredo Mendonça²
 Gustavo Franco Yamana³
 Rodrigo Pastor Alves Pereira⁴

Resumo

A Atenção Domiciliar (AD) é uma tecnologia utilizada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) para ampliar o cuidado a saúde. Trata-se de um processo complexo e que ocorre sob critérios ainda não sistematizados, em especial quanto ao nível individual. Objetiva-se sistematizar as ações da eSF a partir da complexidade de caso através de uma ferramenta de avaliação para a AD ao adulto e em especial ao idoso. Esta ferramenta deriva de protocolos sistematizados de avaliação do idoso e critérios de inclusão para serviços de AD de maior complexidade, resultando em uma escala aplicável para o nível da Atenção Primária a Saúde (APS), pela avaliação da autonomia e dependência, do risco cardiovascular, ulcerações, estado nutricional, humor e da funcionalidade familiar. A partir desta avaliação inicial, são definidos três níveis de cuidado, integrando as eSF à rede de cuidados em AD. Os parâmetros estabelecidos são discutidos a luz da casuística e da realidade da APS, apresentando-se como opção para a priorização de visitas domiciliares das eSF em diferentes contextos.

Abstract

The Home Care (HC) is a technology used by the Family Health Teams (FHT) to expand health care. This is a complex process that occurs under criteria not systematized yet, in particular regarding the individual level. This article aims to systematize the actions of FHT from the complexity of the case through an assessment tool for HC to adults and elderly in particular. This tool derives from systematized protocols for evaluating the elderly and inclusion criteria for AD services of greater complexity, resulting in a scale applicable to the Primary Health Care (PHC) level, through the assessment of autonomy and dependence, cardiovascular risk, ulcers, nutritional status, mood and family functioning. From this initial assessment are defined three levels of care, integrating the FHT care network in HC. The parameters set here are discussed in light of the case reports and the reality of PHC, presenting itself as an option to prioritize home visits of the FHT in different contexts.

Descritores: assistência domiciliar. visita domiciliar. medição de risco

Keywords: home care. home visit. risk assessment

¹ Docente da Universidade Federal de Ouro Preto. Núcleo Pedagógico do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família Agora/Nescon-UFMG. Pediatra, Médico de Família e Comunidade, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva/ Educação em Saúde

² Discente da Universidade Federal de Ouro Preto

³ Médico da Prefeitura Municipal de Ouro Preto. Tutor do Internato de Atenção Primária da Universidade Federal de Ouro Preto

⁴ Docente da Universidade Federal de Ouro Preto. Médico de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Coletiva

Para correspondência:
 Leonardo Savassi
 email: leosavassi@gmail.com

Data da Submissão: 12/11/2012
 Data do Aceite: 12/12/2012

www.jmphe.com
 J Manag Prim Health Care 2012; 3(2):151-157.

Introdução

A atenção domiciliar (AD) faz parte do rol de tecnologias leves da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo neste âmbito uma ferramenta de promoção da saúde, de prevenção, e voltada também para pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem à Unidade Básica de Saúde (UBS), temporária ou permanente.^{1,2} A Visita domiciliar representa cerca de 10% de todos os contatos entre médicos da atenção primária e seus pacientes no mundo^{3,4}, assim como são dedicados cerca de 10% da carga horária de trabalho dos profissionais de Equipes de Saúde da Família (eSF) com VDs^{5,6}.

O processo de AD é complexo e inclui várias modalidades de serviço e níveis diversos de intervenção, não sendo específico de uma doença ou grupo etário. Demanda a articulação entre paciente, família e equipe multiprofissional de saúde, inseridas no contexto da comunidade e suas características epidemiológicas. A atenção em casa é pautada por uma necessidade individualizada, determinando uma equipe de cuidados responsável de acordo com a complexidade de cada caso, com a frequência adequada para este cuidado, e com a demanda por equipamentos de tecnologia dura⁷.

A política de AD no âmbito do SUS reconhece a eSF como fonte primordial de cuidados no domicílio, sendo ela a responsável pela AD de nível 1, cabendo às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) a assistência de nível 2 e 3. Assim, a AD antes classificada nas modalidades Visita domiciliar (atendimento pontual), Atendimento domiciliar (atividade assistencial de procedimentos técnicos, orientações e condutas) e Internação domiciliar (assistência especializada sistemática com o aporte de equipamentos) atualmente se organiza em níveis de atenção em um contínuo de cuidados⁷⁻⁹.

Dentre as propostas para sistematizar a VD na Atenção Primária, destacam-se aquelas focadas na estratificação do risco ou vulnerabilidade familiar para priorizar visitas a famílias de maior base/ risco social^{10,11}. Escalas que classificam pessoas no nível individual para a atenção no domicílio ainda não estão formalmente definidas neste nível de atenção¹², embora Serviços de AD (SAD) e em especial de Internação domiciliar definam critérios para inclusão nas modalidades de AD2 e em especial AD3,

representando critérios para internação domiciliar e, portanto, não aplicáveis para o nível da APS.

A sistematização da atenção domiciliar voltada para o nível individual estabelece um novo instrumento, dentro da ferramenta AD, na promoção e prevenção de saúde. O interesse da atenção focada ao idoso é corroborado pelo crescimento da população idosa brasileira quando a longevidade se relaciona com a convivência com doenças degenerativas crônicas com limitações, morbidades e/ou dependência de medicamentos e condutas médicas paliativas¹³.

A eSF deve estar organizada para acolher as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária, articulando promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em domicílio⁷. Este cuidado é fundamental, dada a efetividade da atenção domiciliar no cuidado ao idoso¹⁴.

Assim, a estratificação do risco visa priorizar a oferta de assistência domiciliar ao indivíduo com incapacidade permanente ou temporária, fazendo desta um instrumento eficiente de prevenção e promoção de saúde nos moldes da Atenção Primária à Saúde. Com isto, pode-se proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicílio, abrangendo o caso índice e a unidade familiar, embasados nos princípios do SUS, por meio da AD.

Este manuscrito teve como objetivo sistematizar as funções da eSF, a partir da complexidade de caso, através de uma ferramenta de controle das atividades domiciliares realizadas ao adulto e em especial ao idoso. Espera-se com isto reduzir os agravos à saúde em consequência das principais doenças crônico-degenerativas em idosos, com melhoria da qualidade de vida, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidado a saúde.

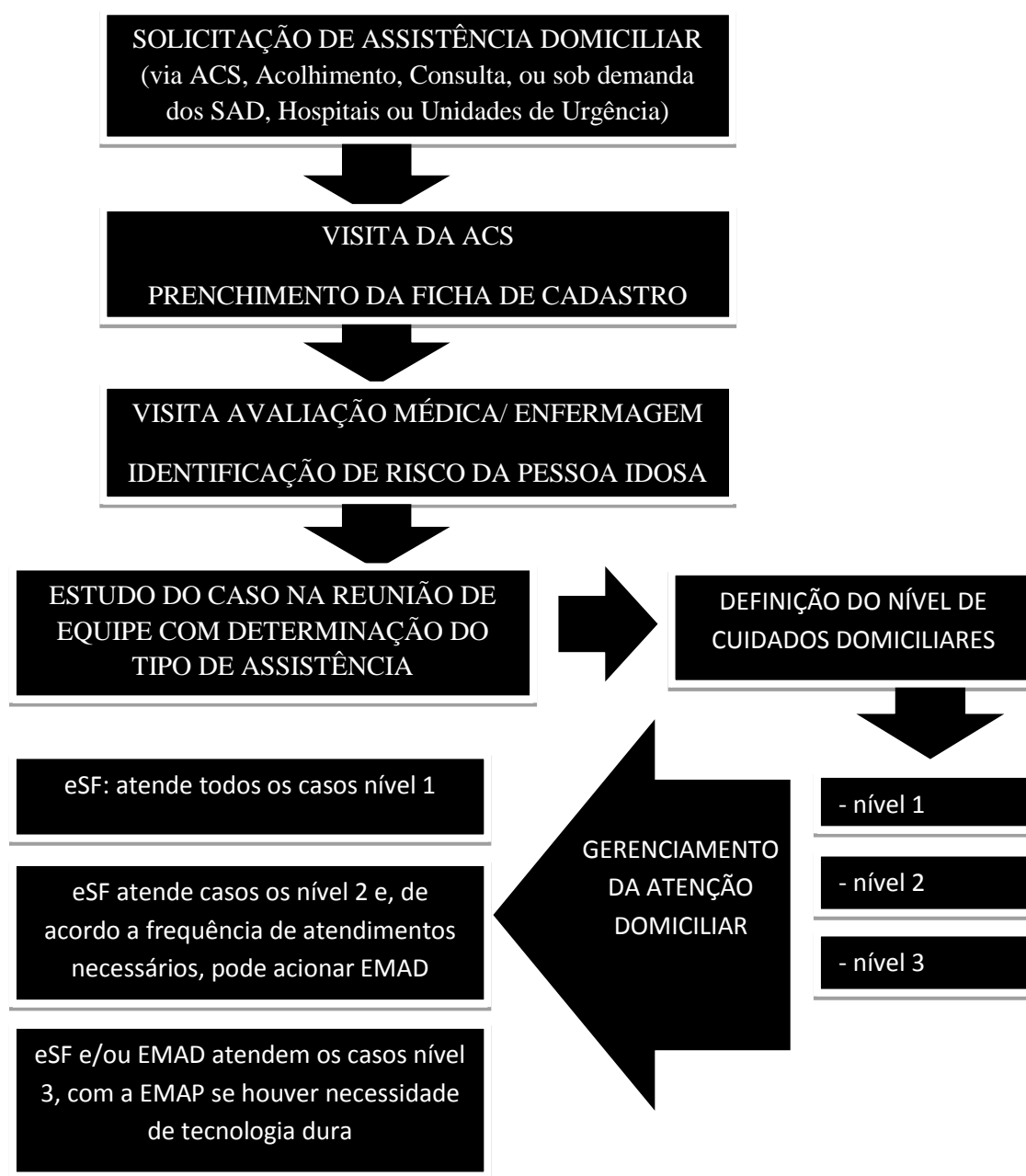
Metodologia

Trata-se de estudo analítico e empírico de revisão de critérios de avaliação para a admissão na modalidade de Atenção Domiciliar de primeiro nível, estabelecido através da adaptação unificada de dois instrumentos consagrados pela literatura para avaliação multidimensional do idoso e para a admissão em internação domiciliar^{13,15}.

Assim, os critérios de avaliação foram estabelecidos com base no Caderno de Atenção

Figura 1. Fluxograma da assistência domiciliar na USF

Fonte: Pesquisa Direta



Básica referente ao Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa ¹³, através de instrumentos validados para a avaliação multidimensional do idoso. A utilização desses critérios visa uma avaliação ampla, com ênfase nas doenças crônicas ativas, dando destaque às afecções cardiovasculares, diabetes e suas complicações, déficits sensoriais (auditivo e visual), estado nutricional e déficits cognitivos.

O modelo de estratificação de risco representou a adaptação do Protocolo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF), do Rio de Janeiro, para o âmbito da APS ¹⁵, utilizando as seguintes sentinelas de risco:

- Avaliação da autonomia e dependência para Atividades de Vida Diária Básicas (AVDB) ¹⁶;
- Avaliação da autonomia e dependência para Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) ¹⁷;
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ¹⁸;
- Avaliação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham ¹⁹;
- Presença de ulcera de pele;
- Índice de massa corporal (IMC);
- Presença de incontinência urinária;
- Avaliação do humor (utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica para idosos, Inventário de

Critérios de avaliação	0	1	2	3
AVDB*	Independente para todas as AVDB (escore 6)	Dependente para até 2 AVDB (escore 4-5)	Dependente para até 4 AVDB (escore 2-3)	Dependência para 5 ou 6 AVDB (escore 0-1)
AVDI**	Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar as finanças	Necessita de ajuda para sair de casa e para realizar as atividades sociais e controlar as finanças	Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças	Não tem nenhuma Autonomia
Função cognitiva (MEEM)/ audição, visão e fala	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas ou sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco < 10 %	Risco moderado 10 a 20%	Alto risco > 20%	–
Presença de úlcera de pele	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	–
Estado Nutricional (IMC)	Eutrófico IMC entre 22 e 27	Baixo peso (IMC < 20) ou sobrepeso (IMC ≥ 30)	Perda de peso acentuada (> 5% em 1 mês ou > 10% em 6 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impeça deambulação
Incontinência Urinária	Ausente	Incontinência transitória	Incontinência de estresse, urgência ou sobrefluxo	Incontinência funcional
Avaliação do humor	Sem alterações no humor	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clínica ou escores sugestivos de gravidade	Depressão clínica associado a risco de suicídio
Funcionalidade familiar	Família funcional	boa funcionalidade familiar, mas pouco recurso	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxílio familiar

*AVDB- Atividades de vida diária básicas

**AVDI- Atividades de vida diária instrumentais

Quadro 1. Instrumento de avaliação da complexidade do paciente

Fonte: Pesquisa Direta

- dependência para Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) ¹⁷;
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ¹⁸;
- Avaliação do humor (utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica para idosos, Inventário de

Depressão de Beck para adultos)^{20,21} ;

- Avaliação da funcionalidade familiar¹²

Definidos estes instrumentos, foi determinada uma estratificação singular para cada uma das dimensões propostas para avaliar o idoso, atribuindo-se pontos que variaram de zero a três, exceto para o Escore de Framingham e para

de corte que definam maior ou menor necessidade de cuidado. O Projeto está vinculado ao Programa para Educação no Trabalho (PET) Ouro Preto, e foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFOP sob o número 047/2010 em 22 de abril de 2010.

Resultados e Discussão

A partir da necessidade de sistematização

Nível de Cuidados	Suporte oferecido pela equipe
Pontuação de 0 a 3	Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos à saúde, sem indicação para assistência domiciliar. Acompanhamento habitual da eSF
Pontuação de 4 a 6 (nível 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita mensal da ACS ▪ Visita da enfermagem trimestral ▪ Atendimento médico semestral (ou pelo tempo máximo pertinente à prescrição médica) e em casos de intercorrências
Pontuação de 7 a 18 (nível 2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita mensal da ACS ▪ Visita da enfermagem bimestral e atendimento em casos de intercorrências ▪ Atendimento médico quadrimestral e atendimento em casos de intercorrências ▪ Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe (exemplo: cobertura para úlceras de membros) ▪ Acionar a EMAD-1 em casos extremos, quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da eSF.
Pontuação maior que 19 (nível 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita mensal da ACS ▪ Visita da enfermagem mensal e atendimento em casos de intercorrências ▪ Atendimento médico bimestral e atendimento em casos de intercorrências ▪ Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe ▪ Atendimento do Serviço Social de suporte se necessário ▪ Acionar a EMAD-1 em caso da necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da eSF

Quadro 2. Organização do processo de trabalho a partir da definição do nível de apoio

Fonte: Pesquisa Direta

a presença de ulcerações, cujos índices variaram de zero a dois. Isto porque estes são instrumentos que estratificam os pacientes em apenas três níveis e são variáveis com menor potencial que as demais para determinar a necessidade do cuidado no domicílio.

A partir destas definições, o grupo classificou de modo empírico pacientes da APS de acordo com os problemas de saúde mais comuns neste âmbito^{22,23}, optando-se por definir pontos

da AD1 pela eSF, foi proposto um fluxograma de atendimento para organizar o processo de trabalho da equipe no domicílio (figura 1). A partir da solicitação de um atendimento domiciliar pela família, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou pelo próprio paciente, este recebe uma pontuação em cada um dos nove quesitos de acordo com seu estado no momento da triagem (quadro 1).

Os valores de corte foram estipulados a

partir de análise combinatória das possíveis situações, criando, assim, um grupo sem indicação para assistência domiciliar, grupos extremos de baixo e alto risco de agravos à saúde e um grupo intermediário (quadro 2).

Após a avaliação dos nove quesitos propostos, é feito o somatório que servirá de base para determinar o tipo de suporte a ser oferecido. A assistência será definida de acordo com a necessidade, podendo resultar em uma atenção do tipo visita domiciliar ou atendimento domiciliar, enquanto a internação domiciliar permanecerá vinculada às EMADs. As atividades assistenciais formadas por procedimentos técnicos e orientações variam de periodicidade de acordo com a complexidade do cuidado a ser realizado.

casos é fundamental para uma gestão responsável dos recursos humanos e materiais da Unidade de Saúde, bem como e do tempo da eSF.

Na organização do serviço, o acolhimento ao paciente é o ponto que inicia o contato da equipe com o caso. A partir da solicitação da assistência domiciliar, o ACS pode ser o responsável inicial pelo preenchimento da ficha de cadastro.

Para a identificação de risco da pessoa idosa e classificação do nível de apoio, há a necessidade da VD de um profissional graduado (médico ou enfermeira), que trará o resultado da avaliação para a reunião da equipe, através de uma ficha de atendimento preenchida. Essa ficha é um “retrato” da condição momentânea do

Equipe de Saúde da Família Data	Med. Enf. Tec. Enf. ACS	Acompanhamento/ Evolução
9/ 9/ 9999	X	Ex.: Consulta médica para avaliar intercorrência, com renovação de receitas.
9/ 9/ 9999		Ex.: Consulta mensal de rotina. Paciente relata prurido no local da ferida.
9/ 9/ 9999	X	Ex.: Visita bimestral para avaliação de curativo e tratamento de escara. Optou-se por mudar a cobertura.

Observação: Esta ficha não substitui a realização do prontuário da visita domiciliar

Quadro 3. Proposta de ficha padrão de gerenciamento da Atenção Domiciliar

Fonte: Pesquisa Direta

Para gerenciar o cuidado, em especial ao idoso, na atenção domiciliar e manter o controle das visitas da equipe e do tipo de assistência prestada é proposta concomitantemente uma folha de rosto de Visita Domiciliar (quadro 3). Essa sistematização no quadro de cuidados permite identificar o profissional que realizou a visita, quando foi feito e o que foi feito.

Discussão

A AD requer logística e compromisso da equipe de saúde, pois envolve múltiplas atividades profissionais prestadas em domicílio. Nesse sentido, sistematizar a complexidade dos

doente, servindo como base para a discussão sobre a sua elegibilidade ou não no plano de assistência domiciliar, a ser definida em reuniões da eSF. Havendo elegibilidade, o paciente começará a receber as visitas da equipe e outros apoios que se tornem necessário, em um processo dinâmico de constante reavaliação.

Considerações Finais

Existem muitos desafios do cuidar em domicílio que estão relacionados com a construção de um projeto de cuidados em comum e integralidade da atenção, com valorização do trabalho em equipe, com responsabilidade do

serviço de saúde, da família e da pessoa cuidada.

Neste aspecto, é notória a sobrecarga do ACS como o elemento da equipe que realiza a VD, com distensão de suas responsabilidades. Esse modelo só se torna viável com a colaboração e o empenho dos profissionais da eSF, tendo como meta o cuidado efetivo e humanizado do idoso.

É importante salientar que é de responsabilidade da equipe ajustar a utilização deste protocolo à realidade da sua Unidade de Saúde, pois estes devem incorporar características epidemiológicas do território relevantes no cuidado à saúde.

Além disso, é desejável a revisão periódica dos parâmetros abordados neste protocolo e suas evidências científicas, com destaque aos critérios de avaliação aqui estabelecidos, devido à escassez de trabalhos que determinem critérios para a visitação na APS.

Referências

1. Abrahão AL. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. *Rev APS*. 2011 out/dez; 14(4): 472-480.
2. Savassi LCM, Dias MF. Visita domiciliar. Grupos de estudo em saúde da família. [internet] Belo Horizonte: AMMFC, 2006. [acesso em 01/03/2012]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.
3. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home Visits by general practitioners in England and Wales. *BMJ* July, 1996. Vol. 313, pages 207-10.
4. Bergerón R et al. Which Physicians make home visits and why? A survey. *Can. Med Association*. August, 1999. Vol 161 (4), pages 369-74.
5. Peres EM et al. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme - evidences of change in the delivery health care model. *Human Resources for Health*, November, 2006. Vol. 4, pages 25-33.
6. Savassi LCM et al. Avaliação da ferramenta Visita Domiciliar por profissionais da ESF. 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. SBMFC: Florianópolis-SC, 2009 [anais].
7. 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). Brasília: Diário Oficial da União de nº 208, de 28/10/2011. Seção 1, pág. 44.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS-GM nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011. Brasília: Diário Oficial da União de nº 137 de 17/07/12. Seção 1. Pg.41.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006.
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004
11. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde (PDAPS): Oficina 3: Diagnóstico Local. Belo Horizonte: ESP-MG, 2008. 66 p.
12. Savassi LCM. Iniciação à Prática de ESF. Belo Horizonte: Faculdade Senac, 2011. 80 p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.
14. Elkan R et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. Volume: 323, Issue: 7315, P.719-725
15. Brasil. Ministério da Defesa. Hospital da Aeronáutica dos Afonsos. Protocolo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do HAAF [internet]. Rio de Janeiro (RJ): HAAF, sem data. [acesso em 06/08/2012]. Disponível em: <http://www.haaf.aer.mil.br/pdf/SADProtocolo.pdf>
16. Katz S et al. Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 1970 10(1), p. 20-30.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 (9), p.179-186.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975. Nov;12(3):189-98.
19. Dawber TR, Meadors GF, Moore FEJ. Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *Am J Public Health* 1951;41:279-86.
20. Yesavage JA et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17(1):37-49.
21. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. [internet] *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol 25 (5). [acesso em 28/08/2011] Disponível em http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/d_epr255b.htm
22. Gusso GDF. Diagnóstico de Demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª Edição (CIAP - 2) [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.
23. Landsberg GAP et al. Por que os pacientes buscam atendimento médico? Uma análise de demanda em município de médio porte do Brasil, utilizando a classificação internacional de atenção primária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Número Temático "Acesso aos Serviços de Saúde". [no prelo] [aceito para publicação]