

Ferramenta de gestão no processo de trabalho e planejamento das visitas domiciliares na Atenção Primária à Saúde

Management tool in the work process and planning of home visits in Primary Health Care

Herramienta de gestión en el proceso de trabajo y planificación de visitas domiciliarias en Atención Primaria de Salud

Adriane Tomasin De Toni

Mestra em Saúde da Família, enfermeira egressa do PPG Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil;

E-mail: adrianedetoni@gmail.com; ORCID: 0009-0009-7730-2561

Daniela Cardoso Tietzmann

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Professora na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil;

E-mail: danielact@ufcspa.edu.br; ORCID: 0000-0002-5781-0173

Contribuição dos autores: ATT contribuiu com a concepção e o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. DCT contribuiu como orientadora e supervisora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas e na revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 10/04/2025

Aprovado em: 09/11/2025

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Objetivos: Este estudo foi realizado com o objetivo de elaborar uma ferramenta de gestão para contribuir no processo de trabalho e planejamento das visitas domiciliares, agregando instrumentos avaliativos, dada a crescente demanda por Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de pesquisa com delineamento metodológico para construção de Produto Técnico Tecnológico que utilizou a técnica de Grupo Focal para sua avaliação e validação, constituído por um grupo multiprofissional. Foi realizada como piloto em uma Unidade de Saúde no município de Bento Gonçalves. A ferramenta tecnológica elaborada foi uma planilha dinâmica online contendo dados do diagnóstico situacional dos pacientes domiciliados, compartilhada entre os profissionais da Unidade de Saúde e gestão da Atenção Primária à Saúde. **Resultados:** A planilha dinâmica contribuiu com a qualificação do processo de trabalho da equipe multiprofissional e gestão das visitas domiciliares. Os instrumentos avaliativos favoreceram a avaliação da vulnerabilidade familiar e clínico-funcional dos pacientes em Atenção Domiciliar. **Considerações finais:** A ferramenta de gestão mostrou a potencialidade de subsidiar informações atualizadas em tempo real sobre a situação dos pacientes domiciliados e a demanda de serviços e cuidados, facilitando o planejamento e a organização na gestão da Atenção Domiciliar nas unidades de saúde e no núcleo gestor da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Organização e Administração.

Abstract: Objectives: This study was conducted with the aim of developing a management tool to contribute to the work process and planning of home visits, adding evaluation instruments, given the growing demand for Home Care in Primary Health Care. **Methods:** This is a research with a methodological design for the construction of a Technical Technological Product that used the Focus Group technique for its evaluation and validation, consisting of a multidisciplinary group. It was carried out as a pilot in a Health Unit in the city of Bento Gonçalves. The technological tool developed was a dynamic online spreadsheet containing data on the situational diagnosis of patients domiciled, shared between professionals at the Health Unit and the Primary Health Care management. **Results:** The dynamic online spreadsheet contributed to the qualification of the work

process of the multidisciplinary team and the management of home visits. The assessment instruments favored the evaluation of family and clinical-functional vulnerability of patients in Home Care. **Final considerations:** The management tool showed the potential to provide updated in real-time information on the situation of domiciled patients and the demand for services and care, facilitating planning and organization in the management of Home Care in health units and in the Primary Health Care management center.

Keywords: Primary Health Care; House Calls; Organization and Administration.

Resumen: Objetivos: Este estudio se realizó con el objetivo de desarrollar una herramienta de gestión para contribuir al proceso de trabajo y planificación de las visitas domiciliarias, agregando instrumentos de evaluación, dada la creciente demanda de Atención Domiciliaria en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Se trata de una investigación con un diseño metodológico para la construcción de un Producto Tecnológico Técnico que utilizó la técnica de Focus Group para su evaluación y validación, conformado por un grupo multidisciplinario. Se realizó como piloto en una Unidad de Salud del municipio de Bento Gonçalves. La herramienta tecnológica desarrollada fue una hoja de cálculo dinámica en línea que contiene datos sobre el diagnóstico situacional de los pacientes domiciliados, compartida entre los profesionales de la Unidad de Salud y la dirección de Atención Primaria de Salud. **Resultados:** La hoja de cálculo dinámica contribuyó a la calificación del proceso de trabajo del equipo multidisciplinario y gestión de las visitas domiciliarias. Los instrumentos de evaluación favorecieron la valoración de la vulnerabilidad familiar y clínico-funcional de los pacientes en Atención Domiciliaria. **Consideraciones finales:** La herramienta de gestión mostró el potencial de brindar información actualizada en tiempo real sobre la situación de los pacientes domiciliados y la demanda de servicios y atención, facilitando la planificación y la organización en la gestión de la Atención Domiciliaria en las unidades de salud y en el núcleo de gestión de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Visita Domiciliaria; Organización y Administración.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que tem avançado cada vez mais no Brasil e no mundo. Possui características que permitem viabilizar a articulação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), expandir a acessibilidade dos pacientes domiciliados aos serviços de saúde e contribuir para a redução da sobrecarga das portas de urgência e da utilização de recursos hospitalares¹. É definida por um conjunto de ações voltadas à prevenção e ao tratamento de doenças, à palição, à reabilitação e à promoção da saúde, desenvolvidas no domicílio, com continuidade do cuidado e envolvendo diferentes profissionais. Configura uma estratégia diante do aumento progressivo da população idosa e dos portadores de doenças crônico-degenerativas ou de sequelas patológicas¹⁻³.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada como principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenadora das ações e serviços oferecidos na rede, abarca a maior parte da AD, proporcionando a gestão do cuidado^{1,4}.

Na análise estatística da população brasileira, de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2030 o país deverá alcançar o contingente de 216,4 milhões de pessoas, com o quantitativo de idosos (40,5 milhões) superior ao de jovens (36,7 milhões)⁵. Em 2033, estima-se a ocorrência da inversão da pirâmide etária no Brasil, evidenciada pelo número de pessoas acima de 65 anos ser maior que o de menores de 15 anos⁶.

O processo do envelhecimento populacional envolve a necessidade do cuidado e a dependência funcional, embora haja um contexto de informações acerca de medidas preventivas, hábitos saudáveis e qualidade de vida. Em muitas culturas, a rede de apoio ao cuidado prestado provém de familiares e amigos⁷.

A AD está organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, sendo que a definição de cada uma está associada à intensidade do cuidado, à equipe multiprofissional, à periodicidade das visitas e aos equipamentos utilizados. Na AD1, de competência das equipes de APS, o acompanhamento domiciliar

do paciente ocorre regularmente, conforme as necessidades e especificidades de cada caso^{2,3}.

Pozzoli e Cecílio descrevem a AD como “uma possibilidade de organização de serviço de saúde que colabora para preservar a autonomia da pessoa dependente de cuidado de longo prazo”^{7:1117}. A AD1 possibilita às equipes de saúde ampliar a visão do cuidado, contribui para a humanização da assistência ao paciente e à família, reduz as complicações decorrentes de internações e torna viável o acompanhamento de pacientes egressos de hospitalização¹.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), descreve a Saúde da Família como a principal estratégia para expandir e consolidar a APS⁴. A partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, ocorreram mudanças e a potencialização da APS, refletindo na assistência ao paciente domiciliado, que passou a ser um processo contínuo e multidisciplinar⁸. A ESF, por meio das equipes, proporciona a reorganização do processo de trabalho, com maior resolutividade e impacto na saúde das pessoas, ao favorecer a proximidade entre equipe e núcleos familiares⁴.

Segundo Horta, os seres humanos possuem necessidades humanas básicas e buscam satisfazê-las. Ela ressalta a importância da avaliação dessas necessidades, bem como a relevância do cuidado e da assistência prestada pela enfermagem em colaboração com outros profissionais⁹.

A Visita Domiciliar (VD) é uma estratégia de cuidado que permite aos profissionais de saúde conhecer o contexto de vida das pessoas e os determinantes sociais que as envolvem, favorecendo a coordenação do cuidado¹. Coelho e Savassi destacam que a VD, direcionada à abordagem estratégica da família, deve ser realizada inicialmente pela equipe multiprofissional, pois possibilita o debate em grupo e o planejamento das ações em saúde¹⁰. A VD é considerada uma das ferramentas de maior relevância da prática da APS¹¹.

Este estudo visa contribuir para o processo de trabalho e gestão da AD1, tendo em vista a problemática do aumento da demanda por esta modalidade

de atenção à saúde. Aborda instrumentos avaliativos no planejamento da assistência, em conjunto com a avaliação dinâmica da equipe de Saúde da Família (eSF), considerando as necessidades e prioridades dos pacientes em restrição domiciliar. Os instrumentos de estratificação da vulnerabilidade familiar, clínico-funcional, e as escalas de avaliação funcional contribuem para o diagnóstico situacional de pacientes e núcleos familiares no território, favorecendo a organização das visitas domiciliares e o processo de cuidado prestado pelas equipes da ESF.

Esta pesquisa teve por objetivo elaborar uma ferramenta de trabalho que contribua com o planejamento e organização das visitas domiciliares na APS, agregando a utilização de instrumentos avaliativos na assistência ao paciente domiciliado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento metodológico voltado à elaboração de uma ferramenta de gestão, agregando instrumentos de avaliação de pacientes, e que utilizou o método de Grupo Focal para análise e validação. Foi aplicada em uma Unidade de Saúde (US) com ESF, no município gaúcho de Bento Gonçalves, durante o primeiro semestre de 2024. Por se tratar de uma pesquisa piloto em uma US, participaram deste estudo os profissionais da unidade, a Equipe de Apoio Multiprofissional às Equipes de APS que atuam na US, e representantes da gestão da APS e do Programa Saúde do Idoso.

Concentraram-se, como variáveis de interesse deste estudo, as ações que incorporam o processo de trabalho e a gestão da AD, a utilização de instrumentos de avaliação de pacientes e a VD na APS, especialmente na ESF. A escolha das escalas e índices de avaliação de pacientes para esta pesquisa foi realizada por meio de uma análise baseada em instrumentos avaliativos validados, existentes na literatura e utilizados na prática pelos profissionais de saúde.

A pesquisa utilizou uma revisão de literatura para fundamentar a construção da ferramenta. Em seguida, as autoras elaboraram uma ferramenta de gestão contendo instrumentos avaliativos, no modelo de planilha dinâmica online, através do programa de planilhas do Google, denominada Gestão da

Atenção Domiciliar na APS – Planejamento de Visitas Domiciliares. A ferramenta tecnológica foi desenvolvida com a possibilidade de adequação de dados, considerando as necessidades apresentadas pelos integrantes da pesquisa. Para isso, foi utilizado o método de Grupo Focal para sua apresentação, análise e validação, constituído por 16 participantes, com encontros presenciais registrados e realizados na US, em fases previamente definidas.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e integrar o Grupo Focal por meio de Carta Convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma presencial, com esclarecimentos sobre a temática da pesquisa. Mediante concordância, expressaram sua participação voluntária através de assinatura no TCLE. Paralelamente, foi entregue o Instrumento de Coleta de Dados da pesquisa acadêmica do mestrado profissional em Saúde da Família, com o objetivo de obter o perfil profissional dos participantes.

A coleta de dados para o diagnóstico situacional do processo de trabalho da AD1 ocorreu junto ao núcleo gestor da APS, na US e nas reuniões do Grupo Focal. As pautas para os encontros do Grupo Focal foram previamente organizadas para ocorrer em três fases:

- 1) Apresentação da pesquisa e da ferramenta de gestão para análise e avaliação; acolhimento de contribuições e sugestões; explanação dos instrumentos de avaliação de pacientes e entrega de materiais de apoio.
- 2) Devolutiva da ferramenta de gestão (planilha dinâmica online) com ajustes realizados para nova avaliação e início da fase de aplicabilidade; definição de e-mail para compartilhamento entre os profissionais de saúde e aplicação dos instrumentos avaliativos aos pacientes domiciliados.
- 3) Parecer dos profissionais de saúde sobre a ferramenta tecnológica e os instrumentos de avaliação de pacientes, após a aplicabilidade e validação do Produto Técnico Tecnológico (PTT), a planilha dinâmica online.

A análise e validação da ferramenta de gestão procedeu em etapas distintas.

Primeira etapa: No primeiro encontro do Grupo Focal, houve a explanação da pesquisa aos integrantes, apresentação da ferramenta de gestão, no modelo de planilha dinâmica online, em sua versão inicial, e dos instrumentos de avaliação de pacientes. Realizada a análise e avaliação pelos componentes do Grupo Focal, com sugestões e contribuições, ficou definido o ajuste de alguns dados da planilha dinâmica, conforme as necessidades salientadas pelos profissionais de saúde. Foi estabelecida a inserção de dois instrumentos avaliativos – a Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 – para a aplicabilidade junto à ferramenta de gestão.

Segunda etapa: Houve a apresentação da versão aprimorada da planilha dinâmica online. Nesse encontro, foi observada a necessidade de disponibilizar a planilha dinâmica para cada equipe da US de forma individual. Com os ajustes inclusos, iniciou-se o período de aplicabilidade da ferramenta de gestão, durante 45 dias, entre o segundo e o terceiro encontros do Grupo Focal. A aplicação dos instrumentos avaliativos foi realizada por enfermeiras e médicos das equipes, durante as visitas domiciliares, contando com a participação dos ACS na Escala de Coelho e Savassi. A planilha dinâmica foi compartilhada entre o núcleo gestor da APS e os profissionais de saúde através do e-mail da US, e a acessibilidade à ferramenta tecnológica ocorreu com êxito.

Terceira etapa: ocorreu o desfecho final da pesquisa, no terceiro encontro, com a validação do PTT (planilha dinâmica online) pelos participantes do Grupo Focal, após a aplicação dos instrumentos avaliativos e a utilização da ferramenta de gestão no processo de trabalho da AD1 pelos profissionais de saúde, compartilhada entre a gestão da APS e a US.

Este estudo respeitou os aspectos éticos segundo a Resolução nº466, de 2012, que aprova as normas e diretrizes em pesquisas envolvendo seres humanos¹²; a Resolução nº510, de 2016, que dispõe sobre as normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais¹³; e da Norma Operacional nº001,

de 2013, que trata da organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP e da pesquisa no Brasil¹⁴.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), situada na Rua Sarmiento Leite, número 245, CEP 90050-170, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, telefone (51)3303-8804, sob o número do parecer 6.583.841. O projeto também foi submetido ao consentimento do município de Bento Gonçalves, mediante Termo de Anuência, instituição participante. Todos os cuidados foram tomados para evitar infrações éticas, buscando garantir os direitos dos participantes e a assistência necessária, de acordo com a legislação vigente para pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

O produto técnico desenvolvido nesta pesquisa foi uma ferramenta tecnológica voltada para a gestão da AD nas unidades de saúde, no núcleo gestor da APS e na gestão de saúde municipal. A ferramenta fornece informações atualizadas em tempo real sobre a situação dos pacientes domiciliados e a demanda de serviços e cuidados, facilitando o planejamento e a tomada de decisões pelas equipes de saúde. Ela foi estruturada com dados que permitem estratificar o perfil demográfico, epidemiológico e socio-sanitário, além de possibilitar a obtenção do diagnóstico situacional dos pacientes em AD1.

A criação da ferramenta de gestão realizada pelas autoras da pesquisa consistiu em uma planilha dinâmica online, elaborada por meio do programa Google Sheets e denominada Gestão da Atenção Domiciliar na APS – Planejamento de Visitas Domiciliares. A planilha foi compartilhada entre os profissionais da US e a coordenação da APS, contendo dados dos pacientes, instrumentos de estratificação da vulnerabilidade familiar e clínico-funcional, além de informações sobre prioridade, periodicidade e planejamento das visitas domiciliares, bem como a avaliação dinâmica realizada pela equipe da ESF.

No primeiro encontro do Grupo Focal, realizou-se a apresentação da pesquisa e da ferramenta de gestão – a planilha dinâmica online – para avaliação. Os participantes interagiram e contribuíram com informações

acerca do processo de trabalho da AD na US. Demonstraram interesse pelos instrumentos avaliativos: a Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, utilizados para a identificação e avaliação da vulnerabilidade familiar em núcleos familiares de pacientes em AD1 e da vulnerabilidade clínico-funcional em pacientes idosos domiciliados.

Os participantes apontaram sugestões para a adequação dos dados da planilha dinâmica, de acordo com as necessidades percebidas, a fim de otimizar a ferramenta de gestão, incluindo o acréscimo da data de nascimento, do número do paciente no sistema de saúde municipal; a inclusão de colunas destinadas à equipe multiprofissional para o registro de visitas domiciliares (identificadas por categoria profissional), a inserção de uma coluna para o registro vacinal; e a organização, em uma nova aba, do panorama anual das visitas domiciliares.

Quanto à planilha dinâmica, os participantes a consideraram uma ferramenta de trabalho interessante, que contribuiria e favoreceria a equipe como um todo na organização e planejamento das visitas, conforme a necessidade e a prioridade dos pacientes, além de ser de fácil acesso a todos. A Figura 1 apresenta a elaboração da planilha dinâmica online em seu modelo inicial.

A ferramenta de gestão, na sua versão aprimorada, foi apresentada aos participantes do Grupo Focal no segundo encontro, para posterior aplicabilidade pelos profissionais de saúde. A mesma foi configurada para cada equipe da US.

Após 45 dias de utilização da planilha dinâmica online, no último encontro do Grupo Focal, os profissionais de saúde emitiram seu parecer em relação à ferramenta de gestão com a aplicação de instrumentos avaliativos. A ferramenta tecnológica favoreceu a organização do processo de trabalho e a gestão da AD1; o planejamento das visitas domiciliares pela equipe multiprofissional tornou-se dinâmico e visível a todos, otimizando a comunicação interprofissional.

A planilha dinâmica online passou por ajustes de dados em sua versão final, após sua implementação e o parecer dos profissionais de saúde. Foram eles: o acréscimo de coluna enumerada para o quantitativo de pacientes; coluna distinta para o registro de pacientes vacinados contra a Influenza; e o ajuste dos dados referentes à periodicidade das visitas, considerando as informações contidas na aba do panorama anual de visitas domiciliares de cada paciente. Este manteve sua configuração de acordo com a elaboração inicial, e foi disponibilizado na planilha dinâmica online de cada equipe da ESF. A aplicação dos instrumentos avaliativos possibilitou a avaliação da vulnerabilidade familiar e clínico-funcional dos pacientes domiciliados.

O desfecho final da pesquisa ocorreu com a validação do produto técnico, pelos participantes do Grupo Focal, após a aplicação dos instrumentos avaliativos e a utilização da ferramenta tecnológica no processo de trabalho da AD1 pelos profissionais de saúde, compartilhada entre a gestão da APS e US.

A equipe de saúde inseriu a planilha dinâmica como ferramenta de gestão no processo de trabalho da AD na US. A Figura 2 demonstra a planilha dinâmica online em seu modelo final juntamente com o panorama anual de visitas domiciliares (Figura 3), considerando as necessidades apresentadas pelos profissionais de saúde que realizam a VD, integrantes do Grupo Focal.

Ressalta-se que essa ferramenta tecnológica apresenta flexibilidade para adequações em seus dados de acordo com as necessidades do serviço de saúde. A técnica de Grupo Focal permite a análise e validação de ferramentas de trabalho e gestão, com contribuições para ajustes, a fim de que expresse as demandas institucionais e do processo de trabalho, conforme a realidade local.

O Grupo Focal foi constituído por 16 profissionais de saúde: dois médicos, quatro enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um nutricionista, um psicólogo e dois auxiliares administrativos.

A análise dos participantes da pesquisa presentes no Grupo Focal identificou profissionais graduados em Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e

Odontologia, além de especialistas e profissionais com formação em nível médio, com cursos profissionalizantes, como o técnico em Enfermagem. Destaca-se que dez dos 16 participantes do Grupo Focal possuem ensino superior completo, correspondendo a 62,5%. Dentre esse grupo, 60% têm especialização (seis entre os dez integrantes graduados) e, entre os especialistas, 50% apresentam especialização em Saúde da Família.

O tempo de atuação na APS entre os 16 participantes variou de menos de um ano a 24 anos, enquanto 14 profissionais apresentaram experiência na ESF, com até 23 anos de atuação. Na análise dos profissionais com maior tempo de experiência na APS e na ESF, estratificados entre 4 e 24 anos de atuação, representando 43,75% e 42,85%, respectivamente, todos possuem graduação, e essa parcela incluiu todos os especialistas.

O Grupo Focal teve a representação dos profissionais da equipe da US, da Equipe de Apoio Multiprofissional às Equipes de Atenção Primária, dos núcleos gestores da APS e do Programa Saúde do Idoso, o que contribuiu para a análise, avaliação e validação da ferramenta de gestão apresentada: a planilha dinâmica online.

A US, onde este estudo foi aplicado, possui uma população de dez mil habitantes em seu território de abrangência e duas equipes da ESF. A demanda de pacientes domiciliados da US totalizou 58 pacientes, durante o período da pesquisa em campo, representando 0,58% da população territorial; sendo 19 pacientes pertencentes à área de abrangência da eSF1 e 39 pacientes da eSF2.

No que tange aos grupos etários, constatou-se a predominância de pacientes idosos: 53 pacientes, o equivalente a 91,37% e cinco pacientes com idade inferior a 60 anos, correspondendo a 8,56%. Dentre o público de pessoas idosas, os resultados foram os seguintes: 80 anos e mais, 25 pacientes; 70 a 79 anos, 19 pacientes; 60 a 69 anos, nove pacientes. Assim, 47% pertenciam ao intervalo de 80 anos ou mais, destacando-se os octogenários. Quando comparado à população idosa do município, representada por 16.247 pessoas, os pacientes idosos domiciliados da US correspondiam a 3,5% dessa parcela populacional. Quanto ao perfil de gênero dos pacientes domiciliados,

a pesquisa evidenciou predominância feminina, com 34 pessoas do gênero feminino e 24 do gênero masculino.

Na avaliação da vulnerabilidade familiar foram avaliados 57 núcleos familiares de pacientes domiciliados da US, utilizando-se a Escala de Coelho e Savassi. O resultado obtido mostrou que a maior parte do contingente avaliado apresenta vulnerabilidade máxima, verificada em 32 famílias (56%); 14 famílias (25%) encontram-se em vulnerabilidade média, cinco famílias (9%) com nível menor e seis famílias (10%) apresentam nível habitual de vulnerabilidade familiar.

Na estratificação da vulnerabilidade clínico-funcional da população idosa domiciliada da US, com base no instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, de avaliação multidimensional de domínios funcionais, a pesquisa obteve os seguintes resultados entre os 53 pacientes avaliados: 38 pacientes (72%) ficaram classificados na categoria Idoso Frágil, apresentando declínio funcional presente e alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional; nove pacientes (17%) foram classificados na categoria Idoso Potencialmente Frágil ou em Risco de Fragilização, com iminência de declínio funcional e moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional; e seis pacientes (11%) na categoria Idoso Robusto, com ausência de declínio funcional e baixo risco de vulnerabilidade. Dessa forma, a maior parcela da população idosa domiciliada possui incapacidade funcional presente.

Os instrumentos avaliativos aplicados nesta pesquisa permitiram a estratificação e avaliação da vulnerabilidade familiar e clínico-funcional dos pacientes em AD1, favorecendo a organização e o planejamento da assistência, bem como a priorização das visitas domiciliares aos pacientes com maior necessidade, dependência e vulnerabilidade.

DISCUSSÃO

Os estudos metodológicos abordam a avaliação e validação de ferramentas e o desenvolvimento de novos instrumentos, apresentando progressivo interesse principalmente entre enfermeiros pesquisadores¹⁵.

A técnica de Grupo Focal, utilizada nesta pesquisa, buscou apreender percepções e opiniões frente ao tema abordado, em um ambiente de

interação¹⁶. Obteve êxito ao reunir informações detalhadas e imprescindíveis para a avaliação do produto tecnológico apresentado e para sua validação como ferramenta de gestão em saúde.

Kitzinger descreve o grupo focal como um método que facilita a comunicação dos participantes, encorajando-os a expressar suas opiniões, trocar experiências e compartilhar conhecimento, sendo eficaz para conhecer as necessidades da equipe¹⁷. Michel e Barros corroboram a ideia de que essa técnica vem sendo cada vez mais empregada nas pesquisas de enfermagem para acolher sentimentos e opiniões de um grupo diante de um determinado assunto podendo ser composto de quatro a 15 participantes¹⁸.

Por se tratar de um grupo multiprofissional, em que a maioria atua na ESF e faz parte da equipe da US, foi possível a interação com contribuições, análise e avaliação do produto tecnológico a partir da ótica interdisciplinar. Trad ressalta que é esperado que os participantes, em geral, apresentem características que estejam associadas à temática central em estudo¹⁶.

Na demanda de pacientes domiciliados da US, foi possível evidenciar o envelhecimento populacional pela ampla maioria de pessoas idosas, com expressão significativa de idosos frágeis. Carvalho e Garcia explicam que o envelhecimento populacional traz mudança na estrutura etária da sociedade; este processo teve início ao final do século XIX em alguns dos países da Europa Ocidental, estendendo-se a outras nações como o Brasil nas últimas décadas¹⁹.

Chaimowicz salienta que o crescimento da parcela de pessoas idosas é um fenômeno global e está relacionado a modificações do perfil epidemiológico, características sociais e econômicas das populações. Destaca o aspecto da feminização no envelhecimento populacional brasileiro e o incremento no número de idosos com mais de 80 anos. Ressalta que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste se encontram mais avançadas nesse processo, enquanto o Norte e o Nordeste possuem estruturas etárias menos envelhecidas²⁰. Os octogenários possuem peculiaridades em relação aos idosos jovens devido à maior prevalência de doenças, condições crônicas e dependência funcional, demandando maior atenção e cuidado^{20,21}.

A senescência reduz a vitalidade do indivíduo, mas, por si só, é insuficiente para gerar incapacidades. Por sua vez, a senilidade compromete a vitalidade do indivíduo, conduzindo ao processo de declínio funcional²².

Para Savassi, na AD1, existe um vasto cenário de cuidados desempenhados pelas equipes de APS, especialmente da ESF, em que a produção do cuidado é exercida com competência clínica e gera importantes resultados para os serviços de saúde²³.

A AD1 constitui um desafio para as equipes em decorrência da configuração da APS atual. As unidades de saúde que contam com a ESF, por meio do trabalho das equipes, têm a oportunidade de maior proximidade dos núcleos familiares, contribuindo para a AD.

A pesquisa obteve como resultados a evidência da predominância feminina e a prevalência de pessoas idosas (91%), principalmente dos octogenários na população domiciliada. Por meio da Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi, foi possível evidenciar a presença de vulnerabilidade familiar máxima em 56% da AD1 e por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, a identificação da fragilidade da população idosa com alto risco de vulnerabilidade em 72% dos pacientes domiciliados. Ficou evidenciado o predomínio de idosos frágeis com declínio funcional presente, mostrando que, quanto maior a fragilidade (vulnerabilidade) da pessoa idosa, maior a dependência funcional.

A Escala de Coelho e Savassi é um instrumento validado que possibilita a avaliação da vulnerabilidade familiar, permitindo a priorização das visitas domiciliares aos núcleos identificados com máxima vulnerabilidade. É aplicada às famílias adscritas a uma eSF para averiguar o risco social, de saúde e o potencial de adoecimento de cada núcleo. Favorece o mapeamento da rede, planejamento de ações e das prioridades na ESF. O reconhecimento de famílias em situação de vulnerabilidade propicia o delineamento de ações que respondam às suas necessidades de saúde^{11,24-26}.

Na avaliação da vulnerabilidade em pessoas idosas, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 mostra-se um instrumento de rastreio

na APS, com alta sensibilidade para detecção de idosos frágeis, qualificador de vulnerabilidade que permite a estratificação, acompanhamento e planejamento de ações com prioridade à população mais fragilizada²⁷⁻²⁸. A administração do instrumento pode ocorrer durante o atendimento à pessoa idosa na unidade de saúde, bem como em visitas domiciliares programadas²⁹.

Aplicar instrumentos de avaliação de pacientes na rotina dos serviços de saúde de AD favorece o diagnóstico situacional do território, o panorama das necessidades e a priorização de cuidados domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa piloto realizada na US, com foco na AD1, constatou-se que em sua totalidade de pacientes domiciliados há maioria de pacientes idosos e prevalência de idosos frágeis, demandando maior atenção da equipe multiprofissional de saúde, da rede familiar, dos cuidadores e da rede de serviços à saúde.

Paralelo a isso, salienta-se o processo do envelhecimento populacional que o Brasil está vivenciando, com projeções ainda maiores para esse contingente. Esse cenário leva a refletir sobre a necessidade de (re)organização do sistema público para abarcar essa realidade com suas demandas dos serviços de saúde.

A Estratégia Saúde da Família favorece o processo de cuidado na AD diante do cenário mundial do processo de envelhecimento das populações e da consequente demanda por cuidados domiciliares.

A ferramenta de gestão, no modelo de planilha dinâmica online agregando a utilização de instrumentos avaliativos, foi elaborada como PTT desta pesquisa e compartilhada entre os profissionais da US e a coordenação da APS. Essa ferramenta contribuiu com a qualificação do processo de trabalho da equipe multiprofissional, bem como com o planejamento e a organização das visitas domiciliares na assistência ao paciente em AD1.

A técnica de Grupo Focal, associada à composição por um grupo multiprofissional com interação na temática abordada pela pesquisa,

permitiu a análise e o aprimoramento da ferramenta tecnológica para sua eficácia no processo de trabalho, de acordo com a realidade local.

A ferramenta de gestão desenvolvida nesta pesquisa mostrou a potencialidade de subsidiar informações atualizadas em tempo real sobre a situação dos pacientes domiciliados e a demanda por cuidados e serviços, facilitando o planejamento e a organização da Atenção Domiciliar nas unidades de saúde e no núcleo gestor da APS. Possui ainda a flexibilidade para a adequação de dados de acordo com as necessidades dos serviços e da gestão em saúde.

Entende-se como potencialidade desta pesquisa a possibilidade de que a planilha dinâmica online, enquanto ferramenta de gestão, seja expandida para outros estabelecimentos de saúde.

A pesquisa teve como limitação a dificuldade de ampliar o estudo para unidades de saúde localizadas em diferentes áreas do município, o que restringiu uma análise mais aprofundada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
5. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
7. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. Saude Debate. 2017;41(115):1116-29.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.
9. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
10. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Com. 2004;1(2):19-26.
11. Morais JLA, Morais IMO, Morais Neto FFW, Gomes SB, Gomes AEB, Campos JS. Análise da vulnerabilidade familiar em domicílios submetidos à visita domiciliar em cidade no interior do Ceará. Braz J Develop. 2021;7(7):71206-16.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Norma Operacional nº001, de 2013. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2013.
15. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
16. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Rev Saude Colet. 2009;19(3):777-96.
17. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. BMJ. 1995;311:299-302.
18. Michel JLM, Barros ALBL. A utilização da entrevista em um grupo focal para validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000;13:138-42.
19. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica. 2003;19(3):725-33.
20. Chaimowicz F. Saúde do idoso. Belo Horizonte: Nescon, UFMG; 2009.
21. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Neri AL, Malta DC, Borim FS. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da pesquisa nacional de saúde 2019. Rev Cienc Saude Colet. 2022;27(7):2655-65.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019.
23. Savassi LCM. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. Rev Bras Med Fam Com. 2016;11(38):1-12.

24. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Managem Prim Health Care*. 2012;3(2):179-85.
25. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira, MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na atenção básica. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(5):935-43.
26. Bezerra ALD, Macedo MB, Medeiros NMH, Silva NS, Sousa MNA. Risco familiar segundo a escala de Coelho e Savassi: análise em uma unidade básica de saúde do Nordeste. *Rev Concilium*. 2022;22(3):20-32.
27. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(81):1-9.
28. Marques JD, et al. Análise do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 dos idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2020;18(4):206-13.
29. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): orientações para profissionais da atenção primária à saúde [recurso eletrônico]. Porto Alegre: ESP/SES; 2023.