



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO – UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LETÍCIA MOURA OLIVEIRA
VITÓRIA CRISTINA LEMOS DA SILVA**

**CONSTRUÇÃO DE FICHA ROTEIRO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA
DOMICILIAR DE PACIENTES COM CONDIÇÕES DE CRONICIDADE**

FORTALEZA

2021

LETÍCIA MOURA OLIVEIRA
VITÓRIA CRISTINA LEMOS DA SILVA

CONSTRUÇÃO DE FICHA ROTEIRO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA
DOMICILIAR DE PACIENTES COM CONDIÇÕES DE CRONICIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário Fametro como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da prof.^a Dra. Denizielle de Jesus Moreira Moura.

FORTALEZA

2021

O48c

Oliveira, Letícia Moura.

Construção de ficha roteiro para a sistematização da visita domiciliar de pacientes com condições de cronicidade. / Letícia Moura Oliveira; Vitória Cristina Lemos da Silva. – Fortaleza, 2021.

48 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro, Fortaleza 2021.

Orientação: Prof. Dra. Denizielle de Jesus Moreira Moura.

1. Idoso. 2. Visita domiciliar. 3. Atenção primária a saúde. I. Título.

CDD 610.7365

LETÍCIA MOURA OLIVEIRA
VITÓRIA CRISTINA LEMOS DA SILVA

CONSTRUÇÃO DE FICHA ROTEIRO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA
DOMICILIAR DE PACIENTES COM CONDIÇÕES DE CRONICIDADE.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi apresentado no dia 11 de Junho de 2021, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Denizielle de Jesus Moreira Moura
Orientadora – Centro Universitário Fametro.

Prof^a. Dra. Juliana Freitas Marques
Membro - Centro Universitário Fametro.

Prof^a. Ma. Ana Carolina de Oliveira e Silva
Membro - Centro Universitário Fametro.

Acima de tudo, dedicamos à Deus por permitir chegarmos até aqui.

Dedicamos à nossa família, companheiros e amigos que nos ajudam e apoiam no crescimento pessoal e profissional.

Dedicamos a todos os profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, à Deus por ter guiado os nossos passos, por toda força e coragem para superarmos os desafios. Aos nossos pais e nossos familiares que sempre nos apoiam e sempre estiveram ao nosso lado encorajando e acreditando no nosso potencial. Sem o amor de vocês nada seria possível. Aos nossos companheiros de vida, por toda paciência, amor, amparo e cuidado, gratidão por tudo. Aos nossos amigos, que nos incentivam e compartilharam dessa jornada conosco, que esse seja apenas o começo de grandes conquistas. A nossa orientadora, Prof^a. Denizelle de Jesus, por tanta dedicação e serenidade, por ser essa profissional empática e brilhante. Somos gratas por ter aceitado ser nossa orientadora, por todo aprendizado e carinho. Agradecemos à Prof^a. Ana Carolina e Prof^a. Juliana Marques por nos agradecer com suas contribuições, e por nos ajudar no nosso crescimento.

Por Letícia Oliveira e Vitória Cristina

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo de Determinação Social.....	15
FIGURA 2 – Etapas de Desenvolvimento da Ficha Roteiro.....	17
FIGURA 3- Escala de Braden	42
FIGURA 4- Parte Anterior	44
FIGURA 5- Parte Posterior	44
FIGURA 6- Escala Visual Analógica da dor	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

CCM - Modelo de Atenção Crônica

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EVA – Escala Visual Analógica da Dor

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MACC - Modelo de Atenção a Condições Crônicas

MO - Modelo Organizacional

MS - Ministério da Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

UAPS - Unidade de Atenção Primária a Saúde

VD - Visita Domiciliar

RESUMO

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e funciona como centro articulador de um conjunto de ações que buscam proporcionar promoção, qualidade de vida, proteção, diagnóstico, cuidados, tratamento e prevenção de doenças. Dentre as atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é uma estratégia que possibilita a extensão do cuidado ao domicílio do usuário. Assiste pacientes, idosos, acamados, em situação de cronicidade, dentre outros. O enfermeiro é uma peça essencial, para que, esse paciente que necessita da visita domiciliar, seja assistido de maneira adequada, e que tenha acesso aos serviços de saúde no próprio domicílio, buscando uma assistência qualificada, humanizada e acolhedora. O uso de tecnologias educativas poderá auxiliar o profissional de saúde em especial o enfermeiro no processo da consulta. Assim, este estudo objetivou construir ficha-roteiro para a sistematização da consulta na visita domiciliar. Tratou-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas: Análise do conteúdo a ser descrito na ficha/roteiro, Desenvolvimento de layout, Diagramação da ficha/roteiro e anexos. Dessa forma, foram elaboradas duas fichas, uma voltada para a primeira visita e a outra para as visitas subsequentes. As fichas foram desenvolvidas a partir da análise na literatura, em artigos, livros e manuais. A ficha 1 é estruturada com dados de identificação do paciente, condições de moradia, dinâmica familiar, história pregressa, buscando abordar tanto o contexto familiar quanto as características do domicílio no qual está inserido. A ficha 2 foi elaborada para a continuidade das visitas subsequentes. Segue uma linha de raciocínio com anamnese, sinais vitais, exame físico céfalo-caudal, evolução e intervenções descritas pelo profissional. Tem como finalidade avaliar o estado geral do paciente, suas condições de saúde, suas comorbidades e queixas. Ao final da ficha foi desenvolvido um espaço para anexos com informações, anexo C- Escala de Braden, anexo D- Regiões mais comuns de lesões por pressão, anexo E- Escala visual da dor, anexo F - Orientações ao profissional de saúde sobre visita domiciliar. Acredita-se que a construção da ficha/roteiro tem a capacidade de auxiliar o enfermeiro e os demais profissionais da saúde durante a visita domiciliar, possibilitando um cuidado singular e melhorando a qualidade de vida das pessoas e famílias.

Palavra-chaves: Visita Domiciliar. Atenção Primária a Saúde. Serviços de Saúde para Idosos

ABSTRACT

Primary Care is the main gateway and works as an articulating center for a set of actions that seek to provide promotion, quality of life, protection, diagnosis, care, treatment and prevention of diseases. Among the activities developed by the Family Health Strategy, the home visit is a strategy that enables the extension of care to the user's home. It assists patients, elderly, bedridden, in chronic situations, among others. The nurse is an essential part, so that these patients who need a home visit are adequately assisted, and that they have access to health services at home, seeking qualified, humanized and welcoming assistance. The use of educational technologies can help health professionals, especially nurses, in the consultation process. Primary Care is the main gateway and works as an articulating center for a set of actions that seek to provide promotion, quality of life, protection, diagnosis, care, treatment and prevention of diseases. Among the activities developed by the Family Health Strategy, the home visit is a strategy that enables the extension of care to the user's home. It assists patients, elderly, bedridden, in chronic situations, among others. The nurse is an essential part, so that these patients who need a home visit are adequately assisted, and that they have access to health services at home, seeking qualified, humanized and welcoming assistance. The use of educational technologies can help health professionals, especially nurses, in the consultation process. Thus, this study aimed to build a script-form to systematize the consultation during the home visit. It was a methodological study developed in three stages: Analysis of the content to be described in the form/script, Layout development, Layout of the form/script and annexes. Thus, two forms were created, one for the first visit and the other for subsequent visits. The forms were developed based on the analysis of literature, articles, books and manuals. Form 1 is structured with patient identification data, living conditions, family dynamics, past history, seeking to address both the family context and the characteristics of the household in which it is inserted. Form 2 was prepared for the continuation of subsequent visits. It follows a line of reasoning with anamnesis, vital signs, cephalocaudal physical examination, evolution and interventions described by the professional. Its purpose is to assess the patient's general condition, health conditions, comorbidities and complaints. At the end of the form, a space for annexes with information was developed, annex C- Braden Scale, annex D- Most common regions of pressure injuries, annex E- Visual pain scale, annex F - Guidance for health professionals on home visits . It is believed that the construction of the form/script has the ability to help nurses and other health professionals during home visits, enabling unique care and improving the quality of life of people and families.

Keywords: Home Visit. Primary Health Care. Health Services for the Elderly

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 REVISÃO LITERATURA	15
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Público-alvo do Roteiro	21
4.3 Etapa de Desenvolvimento Ficha/Roteiro.....	21
4.3.1 Fundamentação Teórica	22
4.3.2 Desenvolvimento.....	22
4.5 Aspectos Éticos	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	37
APÊNDICE A – FICHA DE VISITA DOMICILIAR I	38
APÊNDICE B - FICHA DE VISITA DOMICILIAR II.....	39
APÊNDICE C - ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS.....	42
ANEXOS
ANEXO A - ESCALA DE BRADEN	45
ANEXO B - REGIÕES MAIS COMUNS DE LESÃO POR PRESSÃO	47
ANEXO C - ESCALA VISUAL ANALÓGICA-EVA	48

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde, sendo uma forma de acolhimento precoce e preventiva no processo natural da doença. Entende-se, portanto, a Atenção Primária como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e assistência qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade (PNAB, 2017).

A visita domiciliar ganha destaque no Brasil a partir de sua incorporação aos serviços sanitários da década de 20, voltada quase que exclusivamente para a eliminação das grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas. Ganha espaço contundente no cenário atual, reflexo da reorganização do modelo assistencial em saúde proposta a partir da década de 90, com a implementação de programas voltados ao atendimento no domicílio, especialmente, a Estratégia Saúde da Família, no ano de 1994. (SANTOS;KIRSCHBAUM. 2008)

Dentre os programas preconizados pela Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é uma ferramenta que possibilita conhecer e acompanhar o contexto e a dinâmica familiar do indivíduo. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a visita domiciliar é uma modalidade de assistência ofertada de forma integral e gratuita á comunidade, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (PNAB, 2017).

O Ministério da Saúde define Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado e personalizado possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2017).

A consulta de enfermagem no domicílio do paciente visa o acompanhamento na reabilitação, ações de educação em saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças, com a finalidade de estabelecer um vínculo do paciente com a equipe acompanhando o

processo do adoecimento no domicílio, levando em conta também a necessidade de serviços de saúde para idosos no domicílio (Lacerda, Maria Ribeiro et al., 2006).

Sobre a população e a crescente mudança das necessidades do indivíduo, em especial os pacientes crônicos, podemos afirmar que:

Ao longo dos anos, observam-se mudanças nas necessidades de saúde dos diversos grupos etários e população brasileira. Essas mudanças, por sua vez, convocam os sistemas de saúde a buscarem respostas cada vez mais adequadas a estas diferentes necessidades. Frente ao crescente aumento dos atendimentos à população idosa, às pessoas com doenças crônicas degenerativas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a Atenção Domiciliar (AD) destaca-se como importante possibilidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2020).

Como parte do processo do diagnóstico populacional, deverá ser realizada a identificação das pessoas neste território e de suas necessidades particulares. Para isso, é necessário obter de forma preliminar dados como, por exemplo, quantas pessoas estão acamadas, restritas ao domicílio, com situações específicas que impedem/dificultam seu atendimento na unidade de saúde ou, ainda, aquelas para as quais o atendimento domiciliar seja a abordagem mais oportuna. Como o território é vivo e dinâmico, sugere-se que essas necessidades sejam atualizadas regularmente em reunião de equipe para avaliação e planejamento do acompanhamento de tais usuários e todo o seu contexto familiar. (BRASIL, 2020).

Sendo assim, a visita domiciliar é uma das principais atividades que permite aos enfermeiros e os agentes comunitários de saúde conhecerem o contexto social e identificarem as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença. (KEBIAN, ACIOLI, 2014).

A assistência à saúde no contexto domiciliar vai além do simples deslocamento da equipe de saúde à residência do usuário que necessita de atendimento e que possui alguma dificuldade de locomoção ou que está restrito ao leito (MAHMUD, et al., 2018).

Trata-se de uma ferramenta de ligação entre a equipe de saúde e a população que possibilita além da assistência à saúde, o trabalho de promoção, proteção e prevenção. É importante que, neste espaço, a equipe invista esforços em verificar e compreender o contexto socioeconômico e cultural que envolve o indivíduo/família em seu ambiente mais particular (CANDATEN et al., 2009; SAVASSI, 2016).

Apesar dos benefícios já citados e da complexidade da atenção domiciliar, estudos

observaram na prática uma mera quantificação de VD realizadas e seu registro no sistema de informações, o que, na realidade, revela uma lacuna com relação ao levantamento de informações sobre os usuários que as recebem. Essa fragilidade, possivelmente, ocorre pela inexistência de uma ficha de registro padronizada para as visitas realizadas e aquelas a serem efetivadas, pois com uma ficha de acompanhamento o profissional teria como identificar com mais clareza as visitas anteriores, os dados do paciente, as medicações utilizadas, antecedentes cirúrgicos, dentre outros (MACHADO, 2010).

Durante a experiência das pesquisadoras nos campos de estágios em Unidades de Atenção Primária à Saúde observou-se, por vezes, a inexistência de um planejamento, registros e orientações devido à ausência de um instrumento específico que facilite esse processo assistencial sistematizando a consulta de enfermagem. Tal fato despertou-nos o interesse para a realização de uma ficha roteiro para sistematização da visita domiciliar na atenção primária à saúde.

Com base nessa realidade, considerando relevância da temática e observando o quantitativo reduzido de estudos relacionados ao tema em questão, definiu-se como questão norteadora: Quais ferramentas e orientações são necessárias para auxiliar o enfermeiro na sistematização da consulta de enfermagem na visita domiciliar para pacientes em condição de cronicidade?

Acredita-se que o estudo é relevante devido à elevada incidência de pacientes que necessitam de acompanhamento domiciliar. Sendo assim, a elaboração de uma ficha roteiro contribuirá para uma assistência e sistematização da visita domiciliar nas condições de cronicidade, auxiliando o profissional enfermeiro em um acompanhamento amplo e eficiente. Além disso, possibilita a organização e o gerenciamento do atendimento, com o olhar individual para cada paciente, buscando a promoção da saúde, atividades curativas, reabilitação dos pacientes com comprometimento com a saúde em situação de cronicidade, e estabelecer a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, visando uma menor incidência de internações e uso de medicamentos.

2 OBJETIVO

Elaborar uma ficha-roteiro para sistematização da visita domiciliar na atenção básica nas condições de cronicidade.

3 REVISÃO LITERATURA

O contexto da integralidade na visita domiciliar.

A Atenção Básica é de suma importância na composição do eixo das Redes de Atenção à Saúde. Com a sua proximidade ao cotidiano das pessoas em seus territórios, ela proporciona o cuidado de forma singular de maneira rápida e objetiva.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado em um sistema público projetado e procedente nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, onde não importa o território ou o ponto em que aquele usuário está inserido, é dever do estado promover o direito à saúde.

É a partir das Unidades de Atenção Primária que são realizados os acompanhamentos dos indivíduos em todas as fases de sua vida, amparando a singularidade da vida humana no processo de saúde e doença. Visando minimizar danos à saúde, o princípio de promoção e proteção se faz presente nas unidades e, de maneira holística, visualiza as principais necessidades do território. Esta prática é bastante comum, pois os serviços fortes e resolutivos dependem principalmente de um acesso facilitado, favorecendo o atendimento aos pacientes.

A assistência acontece na própria unidade de saúde e se estende ao domicílio, onde são assistidos os pacientes idosos, acamados e em situações de cronicidade, entre elas as mais comuns, Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Osteoartrose, Doenças Degenerativas como Alzheimer, entre outras.

A Atenção Domiciliar, por ser realizada no domicílio do paciente, onde expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores e às formas de cuidar instituídas no senso comum e na memória falada, passada de geração em geração. (BRASIL, 2013).

Conforme os critérios de elegibilidade da visita domiciliar:

Pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (Portaria 825/2016, art. 535).

Sendo o envelhecimento populacional um dos principais fatores para o desenvolvimento da visita em ambiente domiciliar, a portaria de Nº 963, de 27 de maio de

2013, define a modalidade de atenção à saúde domiciliar como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. Com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O objetivo desta portaria está em reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento em instituições de atenção terciária e redução da permanência de usuários internados, qualificação da assistência de forma humanizada além da ampliação da autonomia dos usuários do serviço de saúde. (BRASIL, 2017).

A comunicação do enfermeiro é uma das principais ferramentas de resgate destes pacientes que não possuem acesso às ações e serviços de saúde da unidade, além de uma assistência criativa, humanizada, acolhedora, competente e resolutiva conforme a necessidade dos pacientes da VD, como referida nas Diretrizes para Atenção domiciliar na atenção primária. (BRASIL, 2013).

O papel da enfermagem no gerenciamento da assistência na visita domiciliar.

O enfermeiro possui destreza, autonomia e reconhecimento perante os usuários do sistema de saúde e busca estratégias que visem à melhoria da sistematização da assistência nas formas de atendimento, acompanhamento e a sequência dos procedimentos prestados ao cliente no lar.

Nessa perspectiva, salienta-se o papel do enfermeiro mediante a Visita domiciliar prevista pela Resolução COFEN Nº 464 de 20 de outubro de 2014, em que dispõe:

§1º A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

- I- Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares.
- II- Internação Domiciliar – é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistências semelhantes às oferecidas em ambiente hospitalar.
- III- Visita Domiciliar: considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido.

Dentro do cotidiano das consultas do enfermeiro é de sua responsabilidade proporcionar ao paciente ações que visem o bem-estar das pessoas por meio da promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos. É essencial a implementação do processo de gerenciamento de enfermagem seguindo as competências necessárias na administração da visita.

O profissional de enfermagem atua em âmbito domiciliar promovendo o papel assistencial, administrativo e educativo, estipulando o processo de relacionamento para que o cuidado seja executado adequadamente, prescrevendo a assistência com o paciente e/ou família, organizando a assistência de enfermagem, bem como estabelecendo ações educativas que promovam a qualidade de vida do paciente, envolvendo família e cuidador, através do acompanhamento humanizado (KLAKONSKI et al, 2015).

Através da Portaria Ministerial SUS nº 963/2013 foi implantada a classificação da complexidade assistencial em três modalidades de AD, de acordo com o perfil clínico do paciente, regularidade de visitas domiciliares e definição da equipe responsável pela assistência: menor intensidade ou AD1 pacientes com problemas de saúde controlados/compensados com impossibilidade física de ir até a unidade; maior intensidade ou AD2 e usuários com critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, paracentese ou diálise peritoneal (VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHES, 2016).

Pensando na sistematização da assistência e registro adequado das informações coletadas e condutas implementadas, a construção de uma ficha roteiro da visita domiciliar além de garantir eficácia no tratamento e qualidade humanizada, assegura ao paciente maior atenção e cuidado, tendo a afetividade e sensibilidade como elementos, a fim de nortear a consulta e registrar as visitas e procedimentos dos profissionais de enfermagem, buscando continuamente melhorar a assistência prestada ao paciente. Contudo, é importante a criação de uma ferramenta que possibilite uma prática assistencial dos profissionais no ambiente domiciliar integralizando o cuidado.

Enfermagem como modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Atualmente, a assistência na atenção básica se fundamenta no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e Modelo de Atenção às Condições Agudas. Dentro do MACC é possível identificar os pacientes que necessitam de assistência domiciliar a partir da análise do seu nível de dependência de cuidados, presença de comorbidades, fatores de risco, dentre outros aspectos.

Segundo Mendes (2012), ao criar o MACC utilizou-se de outros três modelos organizacionais. O modelo da determinação social da saúde Dahlgren e Whitehead foi uma das principais referências de forma organizacional social. Podemos observar:

Este modelo explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo. No âmbito individual, consideram-se algumas características como idade, gênero e fatores genéticos que influenciam a saúde do indivíduo; no nível imediatamente superior situam-se os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde como, por exemplo, o hábito tabáxico e o sedentarismo. (Mendes, 2012)

Figura 1: Modelo de Determinação Social.



Fonte: Dahlgren & Whitehead 1991

Fonte: Dahlgren e Whitehead. 1991.

Já no Modelo de Atenção Crônica (CCM), associa as necessidades e condições dos pacientes a um modelo de atenção organizado, implementando tecnologias organizativas, designando papéis da equipe multiprofissional, melhorando a estratificação de risco das condições crônicas. Os processos de melhoria de atenção às condições crônicas estão

integrados, onde existe um desenho da atenção à saúde, deixando claro as funções e os papéis da equipe multidisciplinar em função das condições crônicas.

Outro fator organizacional é o suporte às decisões onde é regulamentado pelas diretrizes clínicas, a equipe multidisciplinar é monitorada regularmente e está capacitada para apoiar a pessoa usuária e o seu autocuidado. Na organização do autocuidado apoiado conta com um plano elaborado em conjunto, juntamente com o apoio da equipe multiprofissional ao usuário.

Teleconsultas também podem ser implementadas nesse modelo organizacional como recurso da comunidade, promovendo assim serviços complementares de saúde.

Considerando todos os modelos de atenção, o modelo de Atenção às condições crônicas (MACC) é o modelo que deve incorporar as intervenções sobre os determinantes sociais, intervenções de promoção a saúde, prevenção das condições de saúde, gestão das condições de saúde, e gestão de casos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico para a construção de uma ficha/roteiro a ser utilizada durante a visita domiciliar no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Esse roteiro tem potencial para proporcionar um cuidado de enfermagem integral, abordando o indivíduo e todo seu contexto familiar, com vistas a facilitar a sistematização do cuidado no âmbito domiciliar.

Conforme Polit e Beck (2011), a pesquisa metodológica, envolve investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros e pesquisadores.

4.2 Público-alvo da ficha

O estudo é dedicado aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, que trabalham na Atenção Básica que frequentemente assistem a comunidade por meio de visita domiciliar aos pacientes em condição de cronicidade e todo seu contexto familiar.

4.3 Etapa de desenvolvimento da Ficha/Roteiro

A Ficha-Roteiro será desenvolvida em três etapas, conforme mostra o fluxograma a seguir (Figura 2).

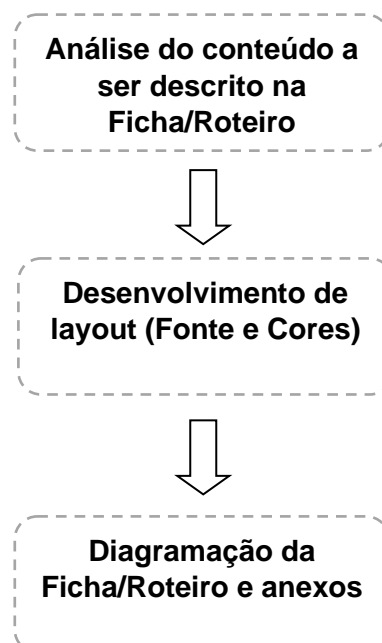


Figura 2 Etapas de desenvolvimento da Ficha/Roteiro para sistematização da visita domiciliar na atenção básica nas condições de cronicidade, Fortaleza – Ce, 2021.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

4.3.1 Fundamentação teórica

Para realização do estudo e elaboração da ficha roteiro da visita domiciliar, foi necessária uma ampla revisão na literatura para a construção e formulação do estudo. A busca dos artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* - SciELO, utilizou os seguintes descritores: Visita Domiciliar, Atenção Primária a Saúde e Serviços de Saúde para Idosos, identificados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS), entre as palavras utilizamos o operador booleano AND. Esta pesquisa e a interpretação das informações podem estar submetidas á subjetividade das autoras.

Na Scielo, ao cruzarmos os descritores Visita Domiciliar and Atenção Primária a Saúde encontramos o total de 45 itens, com a seleção a partir dos critérios de inclusão tivemos um saldo de 31 publicações. Após essa etapa, cada titulo e resumo foi lido e foram selecionados 03 trabalhos. Ao cruzarmos todos os descritos simultaneamente, encontramos 02 itens, com a seleção dos critérios de inclusão tivemos um saldo de 02 publicações.

Entre os critérios de inclusão elencados para o estudo estão: os artigos em português e artigos disponíveis na integra. Como critérios de exclusão, foram considerados os artigos que não tinha relevância com o assunto e artigos repetidos.

Tais artigos foram insuficientes para a construção do estudo, tornando-se necessária a pesquisa em manuais da atenção básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde, dentre eles Caderno de Atenção domiciliar na atenção primária a saúde, Caderno de Atenção domiciliar Volume 2, Protocolo de Prevenção de Úlcera por pressão, Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.

Na primeira etapa foi realizada uma ampla revisão na literatura, em manuais, artigos e em cadernos de atenção básica, a fim de ampliar o conhecimento. O conteúdo foi descrito no roteiro da visita em uma sequência lógica estabelecida de acordo com as etapas da anamnese, são elas: coleta de dados pessoais, informações sociofamiliares, dados do cuidador, medicamentos, antecedentes cirúrgicos e de internações, dados antropométricos. Em seguida, o exame físico céfalo-caudal avaliando o paciente como um todo, diagnóstico de enfermagem,

evolução, orientações e intervenções, além de informações complementares, tais como: avaliação da estrutura do ambiente domiciliar, risco de queda e avaliação de dor crônica.

4.3.2 Desenvolvimento

Na segunda etapa foi feita a escolha de letras e layout tornando a ficha mais dinâmica e harmônica. O documento foi criado com o uso do aplicativo “*Word*”, sendo selecionada a fonte “*Times New Roman*”, tamanho 12, objetivando a tentativa de facilitar a leitura rápida e eficiente dos profissionais.

Através de consulta a várias editoras de diferentes em segmentos que foram contatadas a fim de diagnosticar o padrão atual de tamanho das fontes das publicações do país, constatou-se ser usual com maior frequência fonte 12 como padrão, com variações entre a mínima fonte 10 e a máxima fonte 18. (Borrelli, M et al., 2010)

4.3.3 Diagramação

Na terceira etapa foi realizado a diagramação e acréscimo dos anexos. Sobre a diagramação, pensada em reduzir o número de folhas a serem impressos, na tentativa de reduzir o tamanho da ficha. A maior parte das informações a serem preenchidas, utiliza-se do método de múltipla escolha, onde o profissional deverá marcar com um “X” no item que achar correspondente.

4.4 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo que não houve a pesquisa direta com seres humanos nas etapas realizadas, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética. No entanto, ressalta-se o respeito às autorias dos estudos, a confiabilidade e fidedignidade das informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ficha foi desenvolvida a partir da literatura por meio da análise em artigos científicos, livros e manuais relacionados à visita domiciliar, exame físico, contexto familiar e condições de cronicidade.

Foram desenvolvidas duas fichas: a primeira, no qual é nomeada de “FICHA DE VISITA DOMICILIAR I: PRIMEIRA VISITA”. A segunda ficha foi intitulada como “FICHA DE VISITA DOMICILIAR II: VISITAS SUBSEQUENTES”, ambas têm como finalidade avaliar o estado geral do paciente, suas condições de moradia, história pregressa e atual de saúde e de suas comorbidades.

Segundo Quirino et al. (2020), a Atenção Básica, tem no seu domicílio o menor território de atuação, organizado socialmente e caracterizado por relações conflitantes e complementares com diferentes sentidos e significados, que permitem a tomada de decisão em busca da defesa da vida, transformando o ambiente domiciliar num espaço primordial para promover o cuidado em saúde.

Posto isso, a Visita Domiciliar (VD), apresenta-se como intervenção de excelência, que tem como objetivo um cuidado integral em saúde, buscando melhorar as condições e a qualidade de vida das pessoas pelo exercício da escuta, e do apoio, potencializando o agir individual e coletivo (MAMUD et al., 2018).

Desta forma, pensou-se na construção de uma ficha roteiro que abordasse o passo a passo de uma consulta no domicílio, com informações confiáveis e acessíveis, que podem auxiliar o profissional no processo sistematizado da consulta, possibilitando um atendimento integralizado e amplo, no que se refere ao contexto da doença, os hábitos de vida, histórico anterior e histórico atual.

A definição do conteúdo foi pensada para ser transmitida da maneira mais clara e objetiva, para que o profissional tenha um melhor entendimento em tempo hábil. A ficha 1 é estruturada inicialmente com dados de identificação do paciente, condições de moradia, dinâmica familiar, história pregressa. Será utilizada no primeiro contato com o paciente e atualizada se houver modificação das informações.

A ficha 2 segue uma linha de raciocínio com anamnese, sinais vitais, exame físico céfalo-caudal, evolução e intervenções realizadas pelo profissional. Deve ser preenchida em todas as visitas, ou seja, na primeira e nas subsequentes.

Considerando-se isto e tomando a VD como empreendimento corriqueiro do agir em saúde, especialmente no âmbito da AB, é possível identificar a importância da preparação antecipada do ato de visitar. Isto porque é no momento do planejamento que são consideradas as principais informações disponíveis sobre aquele a quem se quer visitar, vislumbrando uma melhor adequação da abordagem a ser adotada pelo profissional na condução do seu fazer (SAVASSI, 2016).

Portanto, a ficha/roteiro visa, além da sistematização, permitir aos profissionais o desenvolvimento do exercício de diálogo junto ao usuário, pela criação de cumplicidade, onde as falas, a escuta, e as interpretações sejam dinâmicas, considerando a realidade e o contexto de vida das pessoas.

O quadro sinóptico a seguir apresenta informações sobre os conteúdos abordados na Ficha de Visita Domiciliar 1 – Primeira Visita.

Quadro 1. Quadro sinóptico dos conteúdos abordados na ficha/roteiro 1 – Primeira Visita.

Referência, Autor, Ano.	Aspectos do conteúdo da ficha	A que se dá esta informação
LEITE, ALB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição, 2016.	Dados de identificação do paciente, do lar e informações do cuidador.	Dados pessoais, sobre o adoecer, conhecer herança familiar de saúde, buscando fatores de risco para tal, condições de moradia.
	Condições de Moradia do Paciente.	Compreender como vive, as possíveis repercussões em seu estado de saúde
	Dinâmica Familiar (Percepção do profissional).	Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente. Relações estruturais

		com o cuidador e familiares
	História Progressa	Conhecer o perfil de saúde, possibilitar a associação desse perfil ao estado atual do paciente, prever complicações. Além de ampliar dados relativos ao seu estado de saúde e tratamento.
	História Atual de Saúde	Conhecer os principais aspectos e os elementos causadores do desequilíbrio das necessidades humanas e/ou dos padrões funcionais de saúde
GASPAROTO, MC; ALPINO, AMS. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. Rev. bras. educ. espec. , Marília, v. 18, n. 2, p. 337-354, June 2012	Avaliação da necessidade de adaptação/ acessibilidade ao lar.	Avaliação da necessidade de adaptação no domicílio e planejamento de seus espaços
BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.	Evolução de enfermagem	Registro de enfermagem

FONTE: Autoras, 2021.

A primeira Visita se resume em uma entrevista, quanto as informações mais básicas referidas pelo paciente portador de comorbidade e seu cuidador possam indicar riscos ou situações do lar, que possa contribuir com o processo de adoecer.

O quadro sinóptico a seguir apresenta informações sobre os conteúdos abordados na Ficha de Visita Domiciliar 2 – Visitas Subsequentes.

Quadro 2. Quadro sinóptico dos conteúdos abordados na ficha/roteiro 2 – Visitas Subsequentes.

Referência, Autor, Ano.	Aspectos do conteúdo da ficha	A que se dá esta informação
MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CAMPINAS, 2014.	Dados de identificação do paciente	Identificação do usuário (sexo, idade, estado civil, raça, dados sócio-econômicos, ocupação, escolaridade, moradia, lazer e religião).
MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CAMPINAS, 2014	Anamnese: História da doença, atual, diagnósticos	Antecedentes Pessoais: agravos à saúde: acidente vascular cerebral; doença arterial coronariana prematura; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; artrose; câncer; obesidade; dislipidemia; obesidade; sedentarismo; cirurgias pregressas; quedas
MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CAMPINAS, 2014.	Tratamentos	Medicações em uso (prescritos; uso regular; autoadministrado; conhecimentos; dificuldades e investigando reações adversas)
LEITE, Alba Lucia B. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 3º edição, 2016.	Sinais Vitais: Pressão arterial, SPO2, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Glicemia capilar, Temperatura, Peso, Altura, IMC, Circunferência abdominal.	Avaliação do estado geral de saúde
LEITE, ALB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no	Exame físico: Nível de consciência, Movimentação,	Descrição dos sinais e sintomas referidos pelo paciente com

adulto. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição, 2016.	Pele/Tecidos, Crânio, Olhos, Ouvido, Nariz, Boca, Pescoço, Tórax, Mamas, Ausculta Pulmonar, Oxigenação, Coração, Abdome, Eliminações Urinárias, Eliminações intestinais, Edemas, Sono e Repouso	comorbidades, em atendimento de enfermagem
	Psicossocial	Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente
POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 8º ed. São Paulo: Elsevier,2013.	Condições de Higiene	Avaliação da higienização corporal, banho, cuidados com o couro cabeludo, higiene oral e íntima.
MANUAL DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE , CAMPINAS, 2014.	Nutrição e Hidratação	Hábitos alimentares (horários tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo, consumo de sal, bebida alcóolica, gorduras saturadas, açucars e cafeína. Avaliação de períodos nos quais a dieta não é cumprida [falta de apetite, festas, excesso de exercícios; dificuldade de mastigação e/ou de deglutição], ingesta hídrica).
MACHADO, L.; QUEIROZ Z.V. Negligência e maus-tratos.IN: FREITAS EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.	Sinal de Alerta para Violência	Alerta para negligências e maus tratos
BRASIL, Ministério Da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. (ANVISA). Fundação	Avaliação da Escala de Braden	Escala para Risco de Lesões por pressão

Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). BRASÍLIA, 2013.		
BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.	Evolução de enfermagem	Registro de Enfermagem
BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.	Intervenções do Profissional	Registro de Enfermagem

FONTE: Autoras, 2021.

O projeto de uma Ficha roteiro para sistematização das visitas domiciliares dos profissionais de saúde, não poderia ser resumida em apenas uma ficha em uma única visita. O paciente em condições de comorbidade necessita de atenção contínua. Então, pensando em fornecer uma assistência continuada, foi construída através deste estudo uma segunda ficha, intitulada de “FICHA DE VISITA DOMICILIAR II: VISITAS SUBSEQUENTES”.

Esta ficha foi elaborada em duas partes, na qual os profissionais poderão imprimir-na na opção frente e verso. Bem resumidas e de fácil entendimento. Buscamos desenvolver as fichas com fonte e tamanho afim de facilitar a leitura rápida do profissional. A maior parte das informações a serem preenchidas, utiliza-se do método de múltipla escolha, onde o profissional deverá marcar com um “X” no item que achar correspondente.

Os itens da ficha foram pensados para garantir que terão informações suficientes sobre o paciente e suas comorbidades. Facilitando assim a criação do plano de cuidados mais adequado e individual para cada paciente. Respeitando todos os aspectos éticos.

A enfermagem não pode nem deve dimensionar apenas a doença, e sim a pessoa em sua totalidade, a qual necessita de um cuidado individualizado e especial. (LEITE,2015).

Ambas as fichas foram construídas em fonte “Times New Roman”, tamanho 11 e em cores preto e branco, facilitando a leitura e a sua impressão. Tentando otimizar as fichas, foi decidido não incluir temas e artes. A ficha 2 contém anexos, que serão utilizados se necessidade do paciente. O primeiro anexo se dá pela Escala de Braden, o segundo uma ilustração para que o profissional responsável sinalize com um “x” o local de alguma lesão na

pele do paciente, isso se o mesmo possuir. E o terceiro anexo, uma escala visual de dor, que utiliza de possíveis expressões percebidas pelo Enfermeiro(a), avaliando o paciente em dor de 0 á 10.

A ficha também foi subdividida nos seguintes temas: Identificação do Paciente, Anamnese, Sinais Vitais, Exame Físico, Psicossocial, Condições de Higiene, Nutrição e Hidratação, Sinal de Alerta para Violência, Avaliação da Escala de Braden (caso seja necessário), Evolução e Intervenções juntamente com todo plano de cuidados.

Identificação do Paciente, nome do paciente e idade, somente para identificação do mesmo e para que seja anexada á outras informações do cliente.

Anamnese e Exame Físico, o ponto primordial da entrevista, no qual será questionado ao paciente como ele está se sentindo? Quais suas queixas atuais? Quais de suas comorbidades estão prejudicando o seu bem-estar no momento? Além de acompanhar os diagnósticos e os tratamentos que estão sendo realizados com o paciente.

O exame físico complementarará as informações da anamnese e deverá ser realizado com base na semiologia seguindo os princípios de direção: céfalo-caudal.

A anamnese e o exame físico, são algumas das etapas do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), representam um instrumento de suma importância para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar bem como avaliar a evolução do paciente a cada visita. (SANTOS; SILVA; BRITO, 2016)

Sinais Vitais, incluem-se na ficha a aferição da pressão arterial, Saturação, frequência cardíaca e respiratória, além de informações referentes a antropometria (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal).

A aferição dos sinais vitais é a ação mais comuns que a equipe de enfermagem realiza em relação ao cuidado do paciente. Eles são indicadores do estado de saúde, pois revelam se estão sendo preservadas as funções corporais. (Oliveira; Oliveira; 2014)

Quanto á subdivisão em Psicossocial, Condições de Higiene, Nutrição e Hidratação se dá as condições a que o paciente se encontra no momento. Condições emocionais demonstradas pelo paciente, humor. Quanto sua higiene corporal, bucal, se adequado ou não. E quanto a percepção profissional sobre seu estado nutricional ou se há dificuldades em alimentar-se.

A ficha de visita subsequente acompanha alguns anexos. O primeiro anexo seria o acompanhamento da escala de BRADEN, caso o paciente seja acamado, indicada para avaliação para risco de lesões por pressão, o qual otimizaria na prevenção e tratamento. Utilizamos como referência BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013 para este anexo. O segundo anexo seria o mapa das regiões mais comuns de aparecimento de lesões. Pode ser utilizado pelo profissional em caráter educativo ou para que ele sinalize com um “x” a região acometida pela lesão.

Existe também um terceiro anexo, a escala visual da dor ou escala analógica da dor. Que segundo Silva e Deliberato (2009), consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. Apesar de as escalas de dor não conseguirem mensurar com total precisão esse sintoma, devido à sua subjetividade e aos fatores que o influenciam, é a alternativa mais segura para analisá-lo. (SILVA; DELIBERATO, 2009)

E por fim, o último anexo foi pensando para otimizar todo o processo, no qual foi construído uma ficha de orientação para os profissionais da saúde, nela contém informações como a entrevista, materiais a serem utilizados durante a visita e algumas observações do seu preenchimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise na literatura, embora com suas limitações, permitiu identificar a necessidade da construção de um instrumento que facilite o processo e o planejamento da visita domiciliar, contemplando não apenas aspectos clínicos, mas elementos que permitam a interatividade entre profissionais e pacientes com um recurso, com registro de informações, com um atendimento e cuidado continuado.

Compreendendo a importância da visita domiciliar, atentou-se a elementos primordiais para a construção da ficha desde a história pregressa do paciente ao estado atual da comorbidade, fazendo com que a visita seja dinâmica, interativa e assistencial. As fichas, são compostas por elementos voltados para um cuidado amplo e acolhedor, seguindo uma linha de raciocínio buscando abordar desde a identificação do paciente, condições de moradia, dinâmica familiar, história de saúde e doença, com a finalidade de um acompanhamento humanizado e voltado para as demandas do usuário.

Atenta-se a limitação do estudo em não realizar a validação por especialistas para julgamento de conteúdo e aparência, o que impossibilita no momento sua generalização para aplicação clínica.

Para uma maior aplicabilidade da ficha/roteiro, posteriormente o estudo poderá ser validado e implementado para estudos futuros, a fim de otimizar a assistência dos profissionais Enfermeiros(as) possibilitando sistematizar a consulta de visita domiciliar para pacientes com comorbidades.

Por fim, acredita-se que a tecnologia tem potencial para auxiliar o enfermeiro e demais profissionais durante as consultas de visita domiciliar, bem como facilitar a sistematização do processo. Possibilita também a continuidade do cuidado e repasse das informações

REFERÊNCIAS

BOAS, Maria Leopoldina de Castro Villas; SHIMIZU, Helena Eri; SANCHEZ, Mauro Niskier. Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 434-441, June 2016.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300434&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009>.

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. [internet]. [acesso em 2020 out 29]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar na atenção**

primária á saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020 [internet]. [acesso em 2020 out 29]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar. Volume 2.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: Acesso: 17 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária; FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Anexo 2: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.** Brasília, 2013. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/portaria_2095_2013.pdf . Acesso em: 02 de Maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: MS; 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html . Acesso em 01 de Maio de 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html . Acesso em 01 de Maio de 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080**. Brasília, DF, 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 21 de novembro de 2020.

Borrelli, M ; Rehder, J R C L; Squareino I M; Gonçalves, A M T; Piaia, F A; Fernandes, P K M; Santiago, V A A; Mota R T. Avaliação da qualidade da visão na prática da leitura diária, em relação à formatação dos textos. **Rev. Bras Oftalmol.** 2010; 69 (2): 114-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/h9n76cXK6HHBZ5zhKd4Y4NN/?lang=pt&format=pdf> . Acesso: 09 de abril de 2021.

Buss PM, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis - Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> . Acesso em 22 de fevereiro de 2021.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN no 464/2014**. Dispõe sobre a Normatização da Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html . Acesso: 16 de novembro de 2020.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009> . Acesso em: 21 de novembro de 2020.

GALDINO, Y. L. S. Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000300780&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 12 de março de 2021.

GASPAROTO, Mariana Capacci; ALPINO, Ângela Maria Sirena. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília , v. 18, n. 2, p. 337-354, June 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 de maio 2021.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A; MACHADO, B. C; Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2015;39(4):470-475.DOI: 10.15343/0104-7809.20153904470475. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf Acesso em: 7 out. 2020.

KEBIAN LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Acesso em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14751/3/1-C%C3%89LIA.pdf>.

KLAKONSKI, E. A.et al. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Domiciliar ao Paciente Idoso: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná,v. 8 (2015): 161-171. Disponível em: Acesso: 17 de novembro de 2020.

Lacerda, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** [online]. 2006, v. 15, n. 2 [Acessado 20 Junho 2021] , pp. 88-

95. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>>. Epub 07 Mar 2008. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>.

LEITE, Alba Lucia B. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição, 2016.

Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986; 35(9):382-5.

LOPES QUIRINO, T. R. et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 253–273, 2020. DOI 10.12957/sustinere.2020.50869.

Disponível em:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=145032613&lang=pt-br&site=ehost-live>> Acesso em: 7 out. 2020.

MACHADO, L.; QUEIROZ Z.V. Negligência e maus-tratos. IN: FREITAS EV, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

MAHMUD, I. C.; KOWALSKI, C. V.; LAVAGNINI, B. T.; SCHUTZ, K. L.; STOBAUS, C. D.; TERRA, N. L. A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. **Pajar - Pan American Journal Of Aging Research**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.01-72, 21 dez. 2018. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/pajar/article/view/31630>> Acesso: 30 abr. 2020.

MELO, Wesley Soares de et al. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 526-534, June 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300526&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Nov. 2020.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília, **Organização Pan-Americana da saúde**. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 de fevereiro de 2021.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html Acesso em: 18 de novembro de 2020.

Moura DJM, et. al. Development of a booklet on insulin therapy for children with diabetes mellitus type 1. **Rev Bras Enferm** . 2017;70(1):3-10.

MOURA, E. R. F.; et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 435-443, out./dez. 2008.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Visitas Domiciliares Como Estratégias De Promoção Da Saúde Pela Enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 513-522, 2013. DOI10.5020/18061230.2013. p513. Disponível em:<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=foh&NA=114268051&lang=pt-br&site=ehost-live>> Acesso em: 7 out. 2020.

OLIVEIRA, A.V; OLIVEIRA, M.F.A. Sinais Vitais: Investigando As Concepções Dos Alunos Do Curso Técnico De Enfermagem. **Revista Ciências&ideias**, vol. 5, nº 2. Mai/Out, 2014

Polit DF, Beck CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Polit D, Beck CT. **The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported?** Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006; 29(5):489-97.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8º ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

QUIRINO, T.R.L.; JUCÁ, A.L.; ROCHA, L.P.; CURZ, M.S.S.; VIEIRA, S.G. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro 2020; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 11(38), p. 1-12, 2016. Disponível em: Acesso: 14 maio. 2021.

Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

SANTOS, Ieda Maria Fonseca; FONTES, Noemi Cristiane Firpo; SILVA, Rudval Souza da; BRITO, Sirlei Santana de Jesus. **SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: um guia para a prática**. Bahia: Coren, 2016.

SAÚDE. Secretaria Municipal. Protocolos, Manuais e Cartilhas – **Manual de Assistência de Enfermagem**. Campinas, São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_da_Assistencia_de_Enfermagem_v2015_final.pdf . Acesso: 09 de abril de 2021.

SILVA, F.C.; DELIBERATO, P.C.P. Análise das Escalas de Dor: Revisão de Literatura. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, nº 19, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/vitor/Downloads/337-Texto%20do%20Artigo-904-1-10-20100325%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vitor/Downloads/337-Texto%20do%20Artigo-904-1-10-20100325%20(1).pdf)

Teles LM, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LF, Oriá MO, Damasceno AK. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(6):977-84.

APÊNCIDES

APÊNDICES A - FICHA DE VISITA DOMICILIAR I: PRIMEIRA VISITA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **IDADE:** ____
UAPS: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE PARA CONTATO: _____
NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE _____
NOME DO CUIDADOR _____
GRAU DE PARENTESCO _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

Situação de moradia: () próprio () alugado () cedido () ocupação

Tipo de domicílio: () casa () apartamento () cômodo () outro

Disponibilidade de energia elétrica: () sim () não

Abastecimento de água: () rede encanada () carro pipa () poço () cisterna () outro

Forma de escoamento da água: () rede coletora de esgoto () direto para rio/ lago/mar

() fossa séptica () céu aberto () outro

Destino do lixo: () coletado () queimado / enterrado () céu aberto () outro

OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL SOBRE DINÂMICA FAMILIAR

Familiar com agravo psíquico no domicílio () não () sim, qual _____

Familiar em uso de álcool e/ou drogas () não () sim () ignorado

NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO DE ACESSIBILIDADE NO DOMICÍLIO () não () sim,
orientações realizadas

HISTÓRIA PREGRESSA:

Diagnóstico de doenças crônicas e outras doenças:

Histórico de Hospitalização () não () sim, motivo (s) _____

APÊNDICES B- FICHA DE VISITA DOMICILIAR II: VISITA SUBSEQUENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

IDADE: _____

ANAMNESE:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL/QUEIXAS:

DIAGNÓSTICOS: _____

TRATAMENTOS: SIM () NÃO () QUAIS?

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial (mmHg): _____ **SPO₂:** _____

Frequência Cardíaca: _____ **Frequência Respiratória:** _____

Peso (Kg): _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____

Circunferência abdominal(cm): _____

Glicemia Capilar(mg/dl): _____ () Jejum () Pós prandial () Ao acaso

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () COMATOSO

() TORPOROSO () CONFUSO () DESORIENTADO.

MOVIMENTAÇÃO: () DEAMBULA () ACAMADO () RESTRITO AO LEITO ()

DEAMBULA COM APOIO. **OBS:** _____

PELE/TECIDOS: () SEM ALTERAÇÕES () EDEMA () CIANOSE, () ICTERÍCIA
() DESCORADO () REGIOES ALÉRGICAS () LESÕES NA PELE () DESIDRATADO.

CRÂNIO: () SEM ANORMALIDADES () INCISÃO () DRENOS () LESÕES OU
DEFORMIDADES.

OLHOS: () SEM QUEIXAS NA VISÃO, () DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL,

() PRESENÇA DE PROCESSOS INFECCIOSOS, () USO DE ÓCULOS.

OUVIDO: () SEM QUEIXAS AUDITIVAS () ACUIDADE DIMINUÍDA () ZUMBIDO
() USO DE PRÓTESE AUDITIVA.

NARIZ : () SEM ANOMALIDADES () CORIZA () ALERGIA () EPISTAXE.

BOCA: () SEM ANOMALIDADES () QUEIXAS OU ALTERAÇÕES QUE NECESSITAM DE
AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA.

PESCOÇO: () SEM ANORMALIDADES () LINFONODOS () TIREOIDE AUMENTADA
() ESTASE VENOSA JUGULAR () TRAQUEOSTOMIA.

TORÁX: () SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICAS () SINAIS DE DESCONFORTO
RESPIRATÓRIO () ALTERAÇÕES NA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA.

MAMAS: () SEM ALTERAÇÕES () SIMÉTRICAS () PRESENÇA DE NÓDULOS
PALPÁVEIS () DOR () SECREÇÃO.

AUSCULTA PULMONAR: () NORMAL () MURMÚRIOS VESICULARES DIMINUÍDOS
() RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS.

OXIGENAÇÃO: () AR AMBIENTE, () OXIGENOTERAPIA, TIPO _____

CORAÇÃO: () RITMO NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () PRESENÇA
DE SOPROS () ARRITMIAS.

ABDOMEN: () INDOLOR () PLANO () GLOBOSO () FLÁCIDO À PALPAÇÃO ()
RESISTENTE À PALPAÇÃO () PRESENÇA DE RUÍDOS HIDROAÉREOS () DOR À
PALPAÇÃO () COLOSTOMIA () HEPATOMEGALIA/ESPLENOMEGALIA.

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS: () SEM ALTERAÇÕES () INCONTINÊNCIA URINÁRIA
() POLIÚRIA () OLIGÚRIA () USO DE DISPOSITIVO, SE SIM, QUAL?

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO ()
INCONTINÊNCIA FECAL

EDEMA: SIM () NÃO (). ONDE?

SONO E REPOUSO: () CONCILIA BEM SONO E REPOUSO () INSÔNIA

() ACORDA VÁRIAS VEZES À NOITE, HORAS DE SONO: _____

PSICOSSOCIAL:

(CONSIDERAÇÕES DO PROFISSIONAL A RESPEITO)

CONDIÇÕES DE HIGIENE:

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO:

SINAL DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA:

() FÍSICA, () PSICOLÓGICA, () VIOLÊNCIA SEXUAL, () PATRIMONIAL,
() NEGLIGÊNCIA.

AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN:

SOMATORIO DE: _____

P.S: _____ **U:** _____ **A:** _____ **M:** _____ **N:** _____ **F.C:** _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL

DATA DA VISITA:

_____/_____/_____,

FORTALEZA, CEARÁ.

ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

APÊNDICE C

ORIENTAÇÕES AO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIAR

LEIA ESTAS INFORMAÇÕES ANTES DE REALIZAR SUA VISITA.

QUANTO A ENTREVISTA:

A entrevista ao paciente é um dos instrumentos primordiais para toda consulta. Esta ferramenta auxiliará o profissional a conduzir da melhor forma em sua Visita Domiciliar, facilitando a coleta de dados para as FICHAS DE VISITA DOMICILIAR I e II.

É uma tarefa que requer muitas competências, escuta qualificada, comunicação Verbal e não verbal, devem ser respeitadas neste processo.

Então será necessário dar ênfase ao objetivo de estabelecer contato, desenvolvendo assim, um relacionamento de confiança mútua com o paciente e acompanhante, além de levantar dados importantes que irão nortear sua visita e a sua assistência.

Entrevista compreensiva é o nome dado à esta situação, onde o profissional propicia compreensão de como o paciente é, e de como ele(a) encara o processo saúde-doença, quais são suas perspectivas em relação ao cuidado e como pode participar do plano de cuidados estabelecidos.

QUE MATERIAL DEVO LEVAR PARA VISITA?

- SEUS EPI'S;
- FICHA DE VISITA DOMICILIAR I: PRIMEIRA VISITA e/ou FICHA DE VISITA DOMICILIAR II: VISITA SUBSEQUENTE e seus respectivos anexos;
- CANETA;
- ESFIGMOMANÔMETRO;
- ESTETOSCÓPIO;
- BALANÇA DIGITAL;
- TERMÔMETRO;
- OXIMETRO;
- FITA MÉTRICA.

OSERVAÇÕES:

- Lembre-se de que as FICHAS DE VISITA DOMICILIAR devem ser preenchidas por completo.
- Não esqueça de acrescentar a data de suas visitas para controle.
- Não esqueça de sua identificação ao final das FICHAS.
- Se possível, durante a primeira visita agende a segunda visita para realização da FICHA SUBSEQUENTE, para dar continuidade ao processo de coleta de dados, facilitando a criação de um plano de cuidados.
- Evite rasuras, as fichas são DOCUMENTOS IMPORTANTES.
- Todas as informações devem ser coletadas conforme métodos propedêuticos inspeção, palpação, percepção, ausculta.
- Devem ser respeitadas todas as informações e manter o sigilo profissional.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE BRADEN:

A escala de Braden analisa seis fatores principais no paciente: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e, por último, a fricção e cisalhamento. Cada uma dessas características é testada e pontuada de 1 a 4, sendo maior quanto mais positivo for o estado do paciente. A soma total de todos os fatores analisados resultará em um número entre 6 e 23 que indicará o estado da lesão e quais práticas devem se seguir a essa avaliação.

Figura 3 - Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

(ESCALA DE BRADEN – PARA PACIENTES COM RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO. FONTE: GOOGLE IMAGENS, DISPONÍVEL EM: <https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/#:~:text=A%20escala%20de%20Braden%20analisa.for%20o%20estado%20do%20paciente>. ACESSO: 03 de Maio de 2021.)

O tratamento das lesões deve ser avaliado conforme a pontuação da ESCALA DE BRADEN. As condutas a serem tomadas podem ser encontradas no PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO CRIADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, JUNTAMENTE COM ANVISA E FIO CRUZ 2013. DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>. ACESSO EM: 03 de Maio de 2021.

Risco baixo (15 a 18 pontos)

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Risco moderado (13 a 14 pontos)

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

Risco alto (10 a 12 pontos)

- Continuar as intervenções do risco moderado;

- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Risco muito alto (≤ 9 pontos)

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

ANEXO B

REGIÕES MAIS COMUNS DE LESÕES POR PRESSÃO

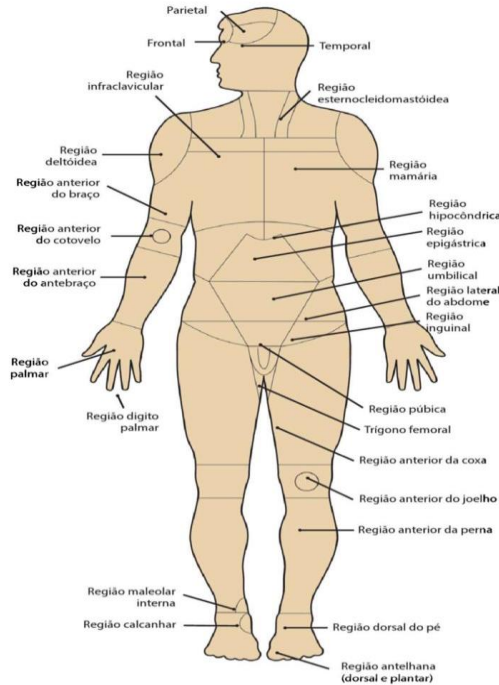
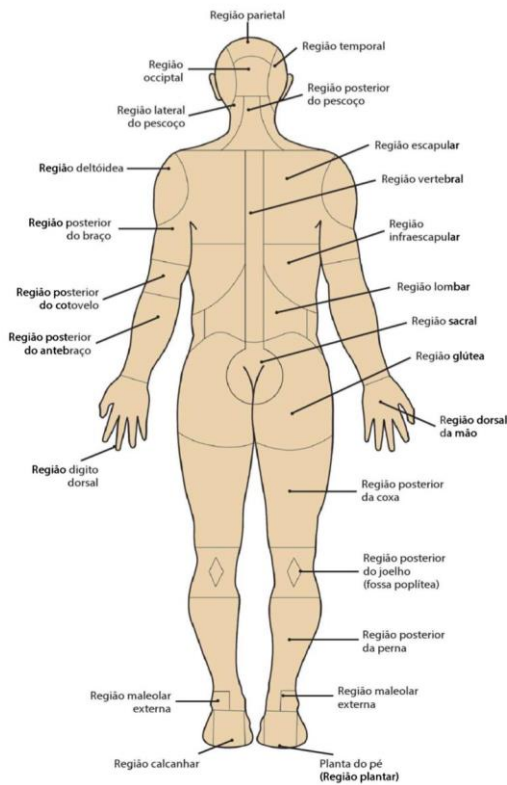
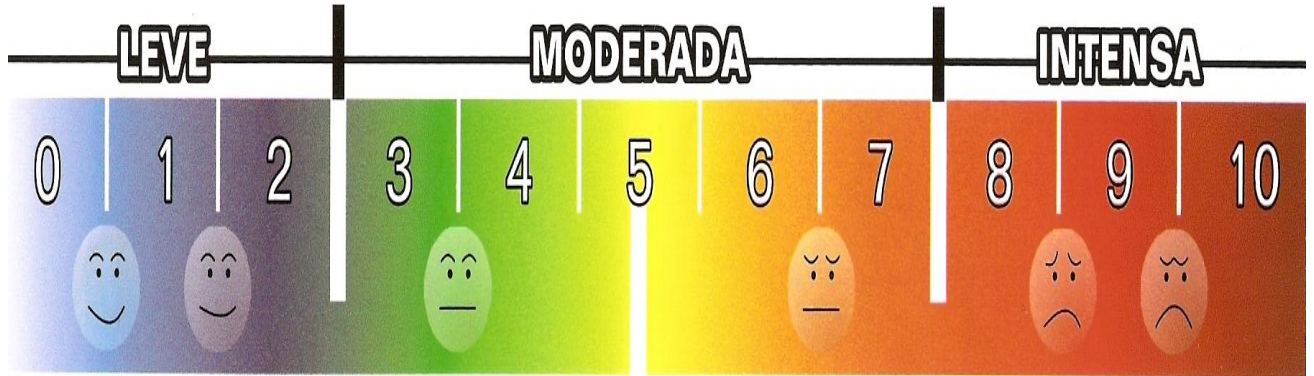


Figura 4 : Parte anterior. Sampaio SAP,



Rivitti EA. Dermatologia.3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Figura 5: Parte Posterior. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia.3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

ANEXO C**ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA****FIGURA 6: ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR:**

FONTE DA IMAGEM: Google Imagens.

DISPONÍVEL EM: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Exame-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica-EVA.pdf>

