

TÍTULO DA PRÁTICA:

VISITA DOMICILIAR COM ÊNFASE NA REDUÇÃO DE QUEDAS E FRATURAS.

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T82

1 a) Na área adscrita ao nasf-1 Continente (atualmente compreendem os bairros
2 Abraão, Capoeiras, Coloninha, Jardim Atlântico, Monte Cristo e Sapé), foi
3 percebido o elevado índice de pessoas que pouco ou nunca ultrapassam a porta
4 de sua residência, seja para um passeio, seja para o acompanhamento de sua
5 saúde. Nota-se que muitas dessas pessoas passam a movimentar-se com maior
6 dificuldade e a apresentar risco aumentado de sofrerem quedas e fraturas. Após
7 uma queda seguida de fratura, os prejuízos são alarmantes e passam a envolver
8 outras pessoas nos cuidados que podem ser necessários de forma permanente. A
9 identificação dos usuários que necessitam visita domiciliar (VD) pela equipe
10 interdisciplinar ocorre principalmente por parte de agente comunitário(a) de saúde
11 (ACS) e por parte de familiares de pessoas acamadas buscando algum tipo de
12 cuidado que ainda não dominam para promover melhoras na saúde integral de
13 quem elas acompanham. Normalmente essas dificuldades relacionam-se à
14 manutenção das atividades de vida diária (AVD), incluindo o suporte familiar e de
15 cuidadores. Ao serem constatadas dificuldades ou impossibilidade de locomoção
16 à Unidade Local de Saúde (ULS), é praxe, na Atenção Básica de Florianópolis,
17 organizar os integrantes da equipe de saúde necessários às orientações e
18 procedimentos a serem realizados em domicílio, com assessoria direta ao
19 usuário, e ou a seus familiares e cuidadores. Com o ingresso da profissional de
20 educação física na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ampliaram-se as
21 possibilidades de prevenir quedas e fraturas no ambiente domiciliar. O público
22 alvo para VD inclui pessoas de todas as idades e com graus variados de
23 deficiência, seja ela temporária ou permanente. Neste público, destacam-se



24 idosos que utilizam equipamento de suporte para locomoverem-se (cadeira-de-
25 rodas, prótese, muleta...), e também idosos acamados. É consenso a possível
26 ocorrência de quedas principalmente de pessoas acamadas com mobilidade de
27 giro, semi-acamadas, com ou sem uso de materiais/equipamentos de suporte,
28 com defasagem em sua psicomotricidade, incluindo o equilíbrio corporal. Essas
29 quedas podem gerar imobilidade por fraturas ósseas e, inclusive, levar a
30 complicações maiores, internações hospitalares e morte.

31 b) Missão específica: promover saúde a todas as pessoas com impossibilidade ou
32 grande dificuldade de acesso. Visão específica: oportunizar o acesso a 100% das
33 pessoas com impossibilidade ou grande dificuldade de acesso ao sistema público
34 de saúde com Gestão de Qualidade total, orientado pela Estratégia de Saúde da
35 Família (ESF), envolvendo parcerias entre equipes de saúde da família (SF),
36 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em ações realizadas no
37 ambiente residencial do paciente em questão.

38 c) Objetivos: 1) monitorar o estado de saúde; 2) captar a realidade do ambiente
39 familiar e reconhecer os problemas e necessidades de saúde; 3) estabelecer um
40 plano assistencial com objetivo definido; 4) facilitar o acesso a técnicas de
41 diagnóstico e tratamento; 5) garantir espaço para que o usuário possa ter suas
42 demandas escutadas e atendidas nesse espaço; 6) favorecer uma vinculação
43 mais efetiva profissional-usuário do que aquela que ocorre nas unidades de saúde
44 7) promover ações educativas; 8) Prevenir a ocorrência de quedas e fraturas no
45 ambiente domiciliar; 9) melhorar a acessibilidade e independência a pessoas com
46 locomoção reduzida, contribuindo para uma vida mais ativa e saudável.

47 d) Fazem parte das VD integrantes da equipe SF e do núcleo de apoio à saúde da
48 família (NASF), conforme necessidade observada e discutida em matriciamento.
49 Para tanto, ao ser identificada a severa dificuldade (por qualquer tipo de
50 impedimento) ou impossibilidade de acesso do usuário à ULS, investiga-se o tipo
51 de apoio requerido e os profissionais que prestarão o serviço qualificado, com
52 posterior monitoramento e acompanhamento da evolução do quadro de saúde do
53 paciente. Entre os profissionais, nas equipes de SF, encontram-se agente
54 comunitário de saúde, auxiliar de dentista, enfermeiro, médico da família, médico



55 pediatra, odontólogo, técnico em enfermagem e técnico em odontologia; já no
56 nasf, encontram-se assistente social, farmacêutico; fonoaudiólogo; geriatra;
57 nutricionista; pediatra; profissional de educação física; psicólogo e psiquiatra. A
58 interdisciplinaridade entre todos os profissionais aumenta a qualidade de
59 atendimento, momento em que emponderam-se os profissionais para atuações
60 mais eficientes e eficazes na saúde pública.

61 e) As VD com olhar não exclusivo, mas direcionado para prevenção de quedas e
62 fraturas, considerando-se os aspectos físico, comportamental e ambiental
63 passaram a tomar corpo em junho de 2012, sendo que as equipes SF identificam
64 usuários com redução de mobilidade, predisponentes a essas situações e
65 agenda-se VD com esta prioridade inicial. Em matriciamento, ACS acompanham
66 o trabalho realizado por profissional de educação física e acompanham os
67 resultados da intervenção. São esclarecidas formas de prevenção, incluindo
68 movimentos corporais a serem inseridos no dia-a-dia; em alguns casos, usuários
69 são orientados a participarem de grupos de orientação e prática de atividade
70 física. Quando necessário, a profissional de educação física retorna com
71 frequência à residência.

72 f) ACS são principais parceiros para identificar e prevenir riscos de quedas, além
73 de promover a continuidade de cada intervenção realizada por ele e por outros
74 participantes das VD.

75 g) Cada usuário e ou familiares interessados costumam seguir as orientações e,
76 sempre que necessário, solicitam o retorno da profissional de educação física por
77 meio da equipe SF.

78 h) Recursos Humanos: os próprios funcionários públicos que atuam no SUS;
79 Recursos Financeiros: para adequação de ambiente físico, o usuário utiliza seus
80 próprios recursos.

81 i) Com relação ao enfoque “prevenção de quedas e fraturas”, os profissionais
82 estão atentos ao ambiente físico, social e comportamental do usuário e de outras
83 pessoas que convivem no mesmo ambiente. Os aspectos afetivo-sociais e
84 biológicos da clientela assistida é permanentemente considerado. A profissional



- 85 de educação física realiza VD, acompanhada principalmente por agentes
86 comunitárias de saúde, participa de reuniões de equipe e ou reuniões de
87 matriciamento, e empodera profissionais a avaliarem e intervirem dentro de sua
88 área territorial, minimizando ainda mais os riscos de quedas em residências,
89 podendo ampliar a ação para espaços comunitários e vias públicas.
- 90 j) As ações diretas abrangem o território compreendido nas ULS apoiadas pelo
91 nasf-1 Continente.
- 92 k) Como característica inovadora a atenção permanente, de fácil acesso,
93 direcionada à redução do índice de quedas e fraturas, com vistas a reduzir gastos
94 de internação de pessoas idosas por fraturas. Desta forma, é possível reduzir
95 custos econômico e social principalmente quando o idoso passa a necessitar de
96 cuidados especializados.
- 97 L) Ocorrem melhorias na prática das VD quando são mapeados os principais
98 riscos de quedas e fraturas, e são modificados os fatores que predispõem sua
99 ocorrência.
- 100 M) Em 2012 foi realizada uma webconferência para mais de 500 pessoas sobre
101 “prevenção de quedas e fraturas” (em telemedicina/ufsc), por convite da
102 Secretaria de Saúde do Estado; foi realizada palestra na Secretaria Municipal de
103 São José (Grande Florianópolis) direcionada a enfermeiros e médicos do SUS no
104 “Dia do Idoso”. Também a convite da Secretaria de Saúde do Estado, a
105 elaboração conjunta do pôster de “Prevenção de Quedas e Fraturas”, distribuído
106 em todos os municípios de Santa Catarina, inclusive Florianópolis, o que contribui
107 à redução de chances desses eventos ocorrerem em uma abordagem mais
108 ampla.
- 109 N) Os profissionais que participaram do compartilhamento de idéias sobre
110 Prevenção de Quedas e Fraturas, bem como os usuários atendidos diretamente,
111 demonstraram satisfação pelo trabalho realizado.

112 O) Trata-se de um trabalho com custos muito baixos, tendo em vista que em
113 apenas uma VD já é possível alterar ambientes e conseguir mudança de
114 comportamento, prevenindo que acidentes aconteçam.

115 P) Como resultado desse trabalho em VD encontra-se maior acessibilidade dentro
116 e fora do ambiente residencial às pessoas com locomoção reduzida; incentivo,
117 quando possível, de autonomia e autoadvocacia dos usuários; fortalecimento de
118 relações afetivas; cuidado ou autocuidado do usuário alvo de ação com sua
119 higiene, alimentação, acomodação e mudança de posição corporal, adaptações
120 ambientais, cuidados com medicação, movimentos corporais/atividade física,
121 prevenção de quedas e fraturas, entre outros aspectos.

