

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS

RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

NAVEGADORSUS

Série Técnica NavegadorSUS, nº 9

Brasília – DF
2014



2014 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar
Edifício Premium SAF Sul – Quadra 2 – Lotes 5/6
Bloco II – Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
– REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde
Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília/DF
Site: www.apsredes.org

Elaboração:

Ana Elizabeth de Almeida Gomes
Elisandrée Sguario Kemper
Maria Helena C. Brandão Oliveira

Colaboração:

Alyne Araújo de Melo
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz
Débora Spalding Verdi
Diego Roberto Meloni
Katia Motta Galvão Gomes
Luciana Guimarães Nunes de Paula
Mariana Borges Dias
Olivia Albuquerque Ugarte

Edição gráfica:

Grifo Design

Fotografias:

Quando não indicadas, Ana Elizabeth de Almeida Gomes

Normalização:

Amanda Soares Moreira – Editora MS/CGDI

Agradecimento – O Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar agradece a colaboração dos serviços de Atenção Domiciliar dos municípios de Angra dos Reis, Betim, Cascavel, Embu das Artes, Rio de Janeiro, São Bernardo do Campo e Volta Redonda, bem como ao serviço de Atenção Domiciliar do Distrito Federal, do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, e à equipe do Programa de Atenção Domiciliar à Crise, fruto de parceria entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Este trabalho não seria possível sem o empenho destas instituições e seus profissionais em apresentar suas experiências e práticas diárias.

Nota – O projeto gráfico e a edição foram financiados por meio do Termo de Cooperação nº 43 firmado entre Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Atenção domiciliar no SUS : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

184 p. : il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9)

ISBN 978-85-334-2204-9

1. Atenção Domiciliar. 2. Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. 3. Promoção à Saúde. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. III. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0525

Títulos para indexação:

Em inglês: Home care in the Brazilian Health System (SUS/Brazil): results of innovation laboratory in home care

Em espanhol: Atención domiciliar en el Sistema Único de Salud (SUS/Brasil) : resultados del laboratorio de innovación en atención domiciliar

SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
APRESENTAÇÃO	7
PARTE I – INTRODUÇÃO	9
OS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO E A COOPERAÇÃO TÉCNICA COM O GOVERNO BRASILEIRO	9
EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE NO MUNDO: LIÇÕES PARA O CASO BRASILEIRO	17
ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL	42
ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL: MODALIDADES E EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIÇÕES PARA O CASO BRASILEIRO	60
PARTE II – EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR	67
ANGRA DOS REIS-RJ	68
BETIM-MG	77
CASCAVEL-PR	85
DISTRITO FEDERAL-DF	95
EMBU DAS ARTES-SP	109
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE-RS	118
PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR À CRISE (PADAC) – SALVADOR-BA	135
RIO DE JANEIRO-RJ	145
SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP	154
VOLTA REDONDA-RJ	163
PARTE III – LIÇÕES APRENDIDAS E RECOMENDAÇÕES	173
LIÇÕES APRENDIDAS E RECOMENDAÇÕES	173
ANEXO A – CHAMAMENTO PARA O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR	177

PREFÁCIO

Os primeiros serviços brasileiros de Atenção Domiciliar surgiram na década de 1960 como alternativa à internação hospitalar e em resposta à crise de lotação desses serviços. Na década de noventa, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização, surgiram serviços de Atenção Domiciliar de caráter municipal e territorial – não necessariamente voltados só a uma clientela em internação hospitalar. Ao mesmo tempo, os serviços privados (*home care*) tornaram-se cada vez mais comuns.

Com o desenvolvimento e a disseminação da atenção domiciliar, em 2002, é publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Além disso, em 2006, foi publicada a RDC nº11 (Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa), dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar.

As experiências em Atenção Domiciliar nos municípios e estados seguiam com incipiente apoio (técnico e financeiro) federal. Assim, no início de 2011, foi retomado o tema da Atenção Domiciliar no MS, por meio de um grupo de trabalho (GT) constituído pelo conjunto das áreas técnicas do MS e por representantes de diversas experiências locais de atenção domiciliar.

O produto do GT foi a criação do Programa Melhor em Casa, que visa à expansão e à qualificação da atenção domiciliar. Hoje, a atenção domiciliar no âmbito do SUS é disciplinada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013.

Em 2013, o Melhor em Casa está presente em 226 municípios, com 644 equipes atuando. São 426 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e 216 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), representando cerca de 42 milhões de brasileiros com uma equipe de Atenção Domiciliar de referência.

O Programa Melhor em Casa, além da expansão da cobertura, tem o grande desafio de contribuir na qualificação dos SAD. Para tanto, é fundamental estimular a sistematização e a troca de experiências. A realização do Laboratório de Inovações

em Atenção Domiciliar, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), deu importante passo nessa direção. Todo o processo – desde as discussões sobre como se daria o Laboratório, a realização das oficinas e do seminário, até as visitas aos municípios para conhecer as experiências, e a publicação deste Livro – contribui e contribuirá para a qualificação dos serviços e profissionais que atuam nessa modalidade de atenção a refletir a respeito das suas práticas diárias e para buscar soluções que visem ao aprimoramento das ações.

APRESENTAÇÃO

Esta publicação é resultado de um processo de cooperação técnica entre Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS) Brasil e Ministério da Saúde (MS) por meio da Coordenação de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS, que resultou no desenvolvimento do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar (AD).

A estratégia dos Laboratórios de Inovação consiste na identificação e valorização de experiências e práticas bem-sucedidas no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando o seu potencial de inovação, analisando os caminhos que levaram a mudanças no processo de trabalho e geraram melhorias para os usuários dos serviços.

O desenvolvimento do Laboratório de Inovação em AD teve como foco o aperfeiçoamento do Programa Melhor em Casa, desenvolvido no SUS sob a coordenação do MS, o qual vem impulsionando a adoção da Atenção Domiciliar nos sistemas municipais e locais como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às demais modalidades existentes.

Ao longo de um ano, foi possível ter um panorama da Atenção Domiciliar no SUS, com visitas *in loco* às experiências selecionadas, momentos de debates entre gestores das experiências e especialistas no tema, houve a troca de informações entre equipe técnica da coordenação de AD no MS, nos municípios e nos estados, resultando em um processo que culminou com a imersão na temática e sistematização do conhecimento e das inovações identificadas.

Nesta publicação, estão sistematizados e divulgados os resultados do Laboratório de Inovação em AD, com os relatos descritivos das experiências, complementados com os debates e a contribuição de especialistas nessa temática.

Espera-se que os Laboratórios de Inovação e seus resultados continuem servindo como fonte de inspiração e motivação para mais gestores e trabalhadores do SUS, contribuindo assim para renovação de práticas em benefício de seus usuários.

OS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO E A COOPERAÇÃO TÉCNICA COM O GOVERNO BRASILEIRO

A estratégia dos Laboratórios de Inovação vem sendo desenvolvida desde 2008 por meio da cooperação técnica entre Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS) Brasil e o Ministério da Saúde (MS), envolvendo outros parceiros em nível nacional e internacional. Objetiva disponibilizar uma ferramenta flexível, útil para a análise descritiva e a produção de evidências de experiências que empiricamente são qualificadas como exitosas.

Ao longo desses anos, diversos temas foram abordados por meio da metodologia dos laboratórios de inovação, como, por exemplo, redes de atenção à saúde; atenção primária em saúde (APS); gestão participativa dos serviços de saúde; atenção domiciliar; manejo das doenças crônicas na APS, entre outros, identificando soluções inovadoras e desenvolvendo mecanismos para compartilhar as soluções. Em 2013, a Opas expandiu a estratégia do Laboratório de Inovação para outros países da região das Américas, envolvendo o escritório central da Opas em Washington, DC, e o desenvolvimento em âmbito regional.

O desenvolvimento dos Laboratórios de Inovação envolve a criação de plataformas colaborativas de intercâmbio de conhecimentos e de lições aprendidas, entendendo a inovação como um dos elementos fundamentais na gestão e, de acordo com Atun², está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidade de resolver muitos problemas em saúde, sendo uma das chaves para superar as iniquidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor saúde.

O conceito utilizado nos Laboratórios de Inovação para inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender a um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações. Destaca-se o valor social da inovação, ou seja, não basta ser novo ou somente uma sofisticação tecnológica, mas sim os resultados positivos que ela produz para os indivíduos ou coletividade¹.

A inovação envolve um processo que não pode ser linear, devendo necessariamente ser levado em conta o contexto em que ela está sendo desenvolvida, a receptividade, a escala na utilização da inovação e os incentivos para o desenvolvimento, criando uma “cultura de inovação”. O processo de adoção da inovação é complexo, portanto, é importante criar um ambiente favorável, que inclui a percepção do problema, o envolvimento tanto dos usuários quanto dos gestores, como agentes ativos no processo, avaliação da necessidade e urgência e, muitas vezes, é necessário recorrer a mecanismos que superem as barreiras da adoção da inovação².

A experiência brasileira vem trabalhando com duas tipologias de laboratórios, uma com características empíricas, fundamentado na análise *ex post* de casos inovadores, focados na identificação de experiências que desenvolveram práticas e soluções inovadoras relativas ao problema analisado, com resultados que demonstram mudanças e melhorias concretas em determinados aspectos. Outra tipologia são os laboratório de inovação experimentais, que se propõem a acompanhar metodologicamente o desenvolvimento de uma experiência e analisar os efeitos da introdução de novas práticas.

Os procedimentos dos Laboratórios de Inovação não são inéditos, porém, representam uma inovação do paradigma tradicional de intercâmbio de experiências, que muitas vezes está fundamentado em encontros e reuniões presenciais, propondo novas formas de intercâmbio de conhecimentos por meio de ambientes virtuais, ciclos de debate, publicações de materiais técnicos, desenvolvimento de estudos de caso e visitas de intercâmbio técnico-científico.

Os Laboratórios de Inovação geralmente utilizam o método de estudo de caso para descrever a experiência potencialmente inovadora e tem um aspecto comparativo na análise dos casos, identificando as soluções semelhantes, as diferentes e as que são únicas, singulares, relativas a determinado problema.

As soluções inovadoras que são buscadas nos Laboratórios de Inovação são as que focam em produzir respostas a problemas reais, que são produzidas localmente a partir da iniciativa e criatividade dos gestores e que trazem benefícios evidentes e significativos para grupos, sociedades ou organizações.

O objetivo final é contribuir para a tomada de decisão, mudar as práticas locais a partir da adoção de componentes e aspectos inovadores apreendidos nos laboratórios, bem como contribuir para a formulação e a reformulação política em âmbito

nacional, pois tem a capacidade de reunir gestores e autoridades com capacidade de tomar decisões, especialistas, *experts* nos temas e atores locais, quem está de fato desenvolvendo a experiência na prática.

Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar – histórico e metodologia

Tratar de inovação na Atenção Domiciliar em saúde chega a parecer redundante, já que essa modalidade de atenção, por si só, já é inovadora, ao buscar alternativas de oferta do cuidado fora do modelo hospitalocêntrico que, por muitos anos, foi predominante não só no Brasil, mas praticamente em todo o mundo.

Ao longo dos anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), inúmeras iniciativas de cuidado domiciliar ocorreram, sendo que algumas por iniciativa do MS, outras por iniciativa isolada de um ou outro gestor municipal ou estadual, ou até mesmo de equipes hospitalares ou de atenção básica. Essas iniciativas buscavam, na maioria das vezes, antecipar a alta hospitalar dos pacientes ou atender a grupos de risco específicos.

Com o passar do tempo, as mudanças sofridas no modelo de atenção, os esforços do SUS em reduzir a fragmentação das ações, o fortalecimento das políticas em busca de equidade e integralidade, o crescimento dos gastos e a necessidade de inovar foram pressionando o SUS a assumir a Atenção Domiciliar de forma mais sistêmica.

Em 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa, a Atenção Domiciliar foi instituída no SUS de forma sistêmica, tendo por diretrizes a integração dessa modalidade aos demais pontos de atenção, a vinculação da Atenção Domiciliar à estratégia das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora e orientadora do cuidado e da ação territorial, e a incorporação da Atenção Domiciliar ao sistema de regulação das redes, de maneira a se articular com outros pontos de atenção.

Nesse contexto, surge a necessidade de buscar experiências vivenciadas pelos serviços de todo o país, de maneira a buscar o aperfeiçoamento dessas ações, a partir da reflexão a respeito das dificuldades e vantagens dessa modalidade de atenção, buscar soluções para problemas comuns entre os diversos serviços e, sobretudo, incentivar a troca de experiências entre gestores e trabalhadores que atuam na atenção domiciliar.

O Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar, no marco das Redes de Atenção à Saúde, surgiu para buscar essas experiências em desenvolvimento no país, no âmbito do SUS. Mesmo sabendo que o setor privado, em especial as operadoras de planos de saúde, tem reorientado a sua gestão e desenvolvido tecnologias de cuidado com base em resultados apresentados pela atenção domiciliar, optou-se por conhecer primeiramente as experiências desenvolvidas no setor público, entendendo que, dessa maneira, se poderia incentivar melhor os gestores do SUS a implantarem tal prática.

O maior desafio foi a busca de experiências inovadoras capazes de serem reproduzidas com resultados de efetividade, eficiência e qualidade. A adesão de técnicos e gestores ao laboratório mostrou-se necessária como estratégia de fortalecimento da gestão do SUS e de aproximação entre trabalhadores e gestores. Pensando nisso, adotou-se como critério para inscrição de trabalhos o aval do respectivo gestor, como forma de evitar problemas de não reconhecimento do trabalho apresentado no âmbito do respectivo sistema de saúde.

Outra decisão assumida pelo projeto foi a de que poderiam ser apresentadas experiências vivenciadas em qualquer ponto de atenção do SUS, ou seja, tanto as equipes de atenção básica, quanto as equipes hospitalares, ou aquelas que atuam na gestão do sistema, habilitadas ou não pelo Melhor em Casa. Com isso, pretendeu-se abrir o leque e conhecer novas alternativas de se fazer a atenção domiciliar, assim como reforçar aquelas iniciativas que já integram o Melhor em Casa e já recebem o apoio do MS.

Como parte da preparação para o lançamento do edital de chamamento público para inscrição das experiências, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, que indicou os caminhos conceituais e vivenciados já descritos na literatura nacional e internacional, iluminando os pontos a serem identificados e destacados na análise das experiências inscritas.

A metodologia envolveu uma parceria do Laboratório com a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) do MS, com a criação de um grupo de trabalho com a função de conduzir o processo descrito no chamamento público, analisar as experiências apresentadas e identificar as que poderiam ser selecionadas para compor a publicação da série NavegadorSUS.

O chamamento público contemplou experiências ou práticas inovadoras nos eixos temáticos de gestão e cuidado (veja a íntegra do documento nos anexos desta edição).

Ao final do prazo de inscrição, em 30 de março de 2013, 29 municípios brasileiros haviam submetido 66 trabalhos. Esses 29 municípios têm características bem diferentes. Alguns de grande porte, como São Paulo e Rio de Janeiro, e outros bem pequenos, como Santa Isabel do Rio Negro, localizado no interior da Amazônia. Foram inscritos trabalhos de oito capitais brasileiras (Salvador, São Luís, João Pessoa, Teresina, Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Porto Alegre), nem todos de secretarias municipais/estaduais.

Analisando as instituições participantes, com base no quadro que vem a seguir, observa-se que dos 34 proponentes 24 foram secretarias municipais de saúde, o que representou 62,1% do total dos trabalhos. Os hospitais públicos, na maioria federais, representaram o segundo grupo no número de trabalhos (22,3% do total).

Tabela 1 – Número e tipo de instituições que enviaram trabalhos para o Laboratório de Inovação e percentual de trabalhos, por tipo de proponente (2013)

Tipos de proponentes	Número de instituições proponentes	Número de trabalhos	% de trabalhos por tipo de proponente
Hospitais públicos	5	14	21,2
Organizações sociais	2	4	6,1
SES/DF	1	6	9,1
Fundações municipais e secretarias municipais de Saúde	24	41	62,1
Universidade federal	1	1	1,5
Total	33	66	100

Fonte: LI AD (2013).

Alguns proponentes enviaram mais de um trabalho. Esse fato foi muito importante durante a análise dos trabalhos, considerando que 12 proponentes enviaram 45 trabalhos. Não havia nada no chamamento que impedisse tal prática, mas também não havia nada que estimulasse que uma mesma instituição enviasse vários trabalhos.

Se, por um lado, essa estratégia de se enviar vários recortes de uma mesma experiência permitiu ver com mais detalhe determinados aspectos, por outro lado, ficou difícil saber, por exemplo, como funciona o sistema de Atenção Domiciliar no respectivo município. A preponderância desse fato (68% das experiências foram acompanhadas de outras do mesmo proponente) foi um fato não previsto no chamamento e mereceu uma atenção especial no GT de avaliação dos trabalhos.

As experiências foram analisadas de acordo com os seguintes critérios:

- a) Relevância.
- b) Caráter inovador.
- c) Sustentabilidade.
- d) Reprodutibilidade em contextos similares.
- e) Clareza e objetividade na apresentação escrita.
- f) Alinhamento aos princípios e às diretrizes do SUS.
- g) Resultados.

Não foram consideradas elegíveis as experiências inscritas que:

- a) Enviadas com dados incompletos.
- b) Não atenderam às normas para apresentação das experiências definidas no chamamento.
- c) Não estivessem relacionadas com o tema de Atenção Domiciliar.

De acordo com esses critérios, os 66 trabalhos inscritos foram classificados com conceitos A, B, C ou D. Dos 19 que receberam conceito A, 13 trabalhos foram inscritos por 4 instituições (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, Secretaria Municipal de Embu das Artes e Secretaria Municipal de Cascavel). Os demais foram trabalhos únicos da respectiva instituição proponente.

O volume de trabalhos de uma mesma instituição que recebeu classificação A colocou um dilema para o GT de avaliação: fazer a classificação geral e destacar apenas os 10 melhores, correndo o risco de concentração de trabalhos de uma única instituição, ou considerar aquelas de um mesmo proponente, como parte de um mesmo sistema de atenção domiciliar? Depois de muito debater, o GT propôs ampliar o número de experiências a serem destacadas, considerando a instituição proponente. Essa estratégia, além de divulgar maior número de experiências, permitiu também fortalecer o conceito sistêmico, pouco descrito nas experiências mais focadas.

Finalizado o processo seletivo, os 10 serviços com experiências selecionadas foram convidados a participar de uma oficina de trabalho, realizada em 28 de junho de 2013, em Brasília. O objetivo do encontro foi a apresentação dessas experiências selecionadas e iniciar a preparação da visita do Laboratório de Inovação, para conhecer *in loco* os trabalhos selecionados, levantando informações para subsidiar os relatos que comporiam essa publicação.

As visitas foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2013, com a participação de técnicos da CGAD e do Laboratório e da jornalista encarregada de relatar essas experiências, expondo as questões técnicas do dia a dia dos serviços, mas também o caráter humano, não só dos profissionais que atuam nessa modalidade de atenção, mas também de pacientes beneficiados e seus cuidadores.

Nos dias 5 e 6 de dezembro, o Seminário Nacional do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar reuniu não só os responsáveis pelas experiências selecionadas na chamada pública, mas também profissionais e gestores de serviços de Atenção Domiciliar brasileiros. Foram, ao todo, 122 participantes, que puderam não só conhecer com detalhes os trabalhos que compõem este livro, mas também trocar experiências, vivências e reflexões a respeito da rotina dos serviços.

O interesse dos profissionais pelos debates e trocas ao longo do seminário demonstram ser possível a realização pessoal aliada ao trabalho no SUS. Algumas experiências já consolidadas, outras ainda incipientes, mas com traços de acertos e muito, muito “brilho no olho” das equipes, demonstrando que no SUS é possível se buscar realização pessoal aliada ao trabalho. Muitas vezes, os depoimentos sobre as experiências misturaram-se com os depoimentos sobre a vida de cada um, e aquilo que era apenas um trabalho passou a ser também espaço para ressignificar a própria vida profissional e pessoal.

Talvez seja esse o maior legado da AD no SUS dos dias de hoje: mostrar que esse é um SUS viável, reconhecido, estimado, presente, querido, efetivo. É o que pode ser conferido nos relatos que compõem esse livro, com o qual esperamos contribuir para a construção de novas alternativas de ofertar o cuidado domiciliar preconizado pelo Programa Melhor em Casa, bem como incentivar a ampliação e criação de novos serviços por todo o país.

Referências

¹ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p. (NavegadorSUS, n. 3). Disponível em: <www.apsredes.org>. Acesso em: 20 de jul. 2013.

²ATUN, R. A. et al. **Diffusion of complex health innovations**: implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina. **Health Policy and Planning**, [S.l.], v. 22, p. 28-39, 2007. Disponível em: <www.apsredes.org>. Acesso em: 17 jul. 2013.

Bibliografia complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.026, de 3 de Junho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). 2013. Disponível em: <www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2513:ci-n98-publicada-a-portaria-gm-n-1026-que-fixa-o-valor-do-incentivo-de-custeio-referente-a-implantacao-dos-servicos-de-atencao-domiciliar&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em: 5 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.505, de 24 de Julho de 2013**. Disponível em: <www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2767:ci-n-159-publicada-a-portaria-gm-n-1505-que-fixa-o-valor-do-incentivo-de-custeio-referente-a-implantacao-dos-servicos-de-atencao-domiciliar-sad&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em: 5 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 5 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.533, de 16 de Julho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html>. Acesso em: 5 set. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <www.apsredes.org>. Acesso em: 22 jul. 2013.

RIFAT A. et al. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. **Health Policy and Planning**, [S.l.], v. 25, p. 104-111, 2010. Disponível em: <www.apsredes.org>. Acesso em: 20 jul. 2013.

EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE NO MUNDO: LIÇÕES PARA O CASO BRASILEIRO

*Clarissa Terenzi Seixas**

*Caroline Gomes de Souza***

*Kênia Lara Silva****

*Roseni Rosângela de Sena*****

As mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm se intensificando, nas últimas décadas, no âmbito mundial, têm levado diversos países a repensar seu modelo de atenção e as modalidades de cuidados oferecidas, ora impedidos por questões de viabilidade e sustentabilidade econômica dos seus sistemas de saúde, ora pela busca de soluções que promovam maior bem-estar aos usuários e às suas famílias e sejam capazes de reduzir as iniquidades em saúde. Nesse cenário, as diversas modalidades de Atenção Domiciliar (AD) aparecem como soluções interessantes para a reorganização dos sistemas ou redes de atenção à saúde, assim como de assistência social.

Nesse texto, apresentamos uma revisão da literatura e análise documental com o objetivo principal de **analisar experiências de Atenção Domiciliar em saúde no Brasil e no mundo**.

Os objetivos específicos delimitados para o estudo foram:

- Traçar um panorama internacional da Atenção Domiciliar em países selecionados.
- Realizar o levantamento das políticas, leis e normas que estabelecem, normatizam e regulam a Atenção Domiciliar no Brasil e em países analisados, quando disponíveis.

*Enfermeira, doutora em Ciências Sociais, professora da Faculdade São Camilo/RJ.

**Estudante do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

***Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora da UFMG.

****Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora emérita da UFMG.

- Identificar, na literatura nacional e internacional disponível em bancos de dados e outras fontes, experiências de Atenção Domiciliar e sua inserção nas redes (ou outras configurações) de atenção em saúde.
- Estabelecer comparações entre as políticas e as experiências levantadas em relação ao Brasil.
- Discutir as experiências identificadas segundo as modalidades: Atenção Domiciliar como estratégia de desospitalização, Atenção Domiciliar como porta de saída para urgências; Atenção Domiciliar como um observatório do funcionamento das redes; Atenção Domiciliar como estratégia de atenção das equipes de atenção básica; Atenção Domiciliar como estratégia do gerenciamento de risco; Atenção Domiciliar como estratégia da gestão municipal, como parte da garantia de integralidade da atenção à saúde.

O panorama (*snapshot*) da Atenção Domiciliar no mundo teve como principal objetivo estabelecer uma comparação entre diversos aspectos que regem e organizam o cuidado domiciliar: as políticas, a gestão, a legislação, o financiamento e a organização das modalidades e sua articulação com a rede de serviços, entre outros. Para essa etapa, foram utilizados dados provenientes de *sites* governamentais dos países selecionados e de publicações de organismos internacionais sobre o tema. Além disso, buscou-se identificar artigos e outras produções em bases de dados internacionais.

De modo geral, as produções sobre serviços de assistência domiciliar no mundo abordam o tema sob a perspectiva da assistência propriamente dita, da organização de serviços ou da formulação de políticas públicas. No primeiro grupo, foram encontrados, sobretudo, estudos sobre as ações desenvolvidas no âmbito do domicílio, bem como os profissionais envolvidos e as análises comparativas entre os resultados de intervenções no domicílio e em outros espaços de cuidado, especialmente o hospital. Nesse campo, há grande número de estudos, muitos deles caracterizados como revisões sistemáticas com evidências consistentes sobre essa modalidade de assistência.

No campo da organização de serviços, de modo geral, os estudos revelam propostas em curso de Atenção Domiciliar com avaliações de custo-efetividade e implantação de serviços como parte dos sistemas e modelos de atenção. Prevalecem os estudos do tipo relatos de experiências ou casos.

No campo da formulação de políticas públicas, os estudos são bastante escassos e concentram-se em relatos de experiências bem-sucedidas em determinado país ou município.

A análise da literatura nacional sobre serviços de assistência domiciliar foi realizada a partir de uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), em que foram selecionadas publicações brasileiras, completas, utilizando o descritor assistência domiciliar. Foram identificadas 544 produções e procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para analisar a pertinência da publicação. Em seguida, realizou-se a leitura dos textos na íntegra, a fim de identificar os aspectos que permitissem caracterizar o tipo de experiência, o local e a finalidade do serviço analisado. Nessa fase, optou-se por incluir apenas experiências de Atenção Domiciliar ofertadas pela rede pública de saúde no Brasil com característica de programa ou serviço específicos, em qualquer ponto da rede de atenção, excluindo-se as ações ou atividades no domicílio executadas pelas Equipes de Saúde da Família como atividade inerente ao seu trabalho.

Atenção Domiciliar em países selecionados

Ainda que cada país apresente diferenças e particularidades importantes no que concerne à assistência domiciliar, a crescente demanda por essa modalidade de atenção parece ser um fenômeno comum à maior parte dos países ocidentais. Esse aumento reflete mudanças em diversos aspectos das sociedades: demográficos, epidemiológicos, socioculturais e políticos. Essas mudanças, embora presentes em âmbito mundial, apresentam particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países.

Ao tomar os aspectos demográficos como parâmetro de comparação, é possível perceber que a população brasileira vem envelhecendo em um ritmo bastante acelerado em comparação à maior parte das nações ditas desenvolvidas¹. Além disso, à imagem dos países que compõem a União Europeia (UE), a proporção relativa de crianças e jovens vem diminuindo consideravelmente, boa parte em razão das quedas nas taxas de natalidade². Desse modo, ainda que a dependência venha sendo adiada para estágios cada vez mais avançados da vida em comparação com as gerações anteriores, a demanda por assistência domiciliar apresenta tendência a aumentar com a idade e esse impacto já vem sendo sentido.

Todas essas mudanças no perfil demográfico das populações vêm sendo acompanhadas por profundas modificações no que concerne ao padrão de adoecimento das populações. Diferentemente de algumas décadas atrás, as doenças infectocontagiosas têm perdido espaço nos indicadores epidemiológicos de morbi-mortalidade para as doenças ligadas ao sistema circulatório, cânceres, demências, problemas de saúde mental e outras condições crônicas de saúde³. Essa mudança do perfil epidemiológico das populações aumenta a dependência e a demanda por suporte social, econômico, afetivo e por cuidados de longa duração.

Alguns estudos apontam que, nos países desenvolvidos, algumas mudanças de cunho sociocultural também têm refletido em aumento da demanda por assistência domiciliar formal. Entre essas mudanças, estão a fragmentação da unidade familiar tradicional para uma configuração reduzida – as famílias nucleares – e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho tem reduzido a disponibilidade de cuidadores potenciais para pessoas dependentes⁴. A consolidação da mobilidade no seio da UE e a recente entrada de países mais pobres no bloco têm favorecido a migração de jovens trabalhadores, o que pode aumentar consideravelmente a distância geográfica entre os membros de uma mesma família⁵.

Mudanças nas prioridades e nas políticas sociais e de saúde dos países também têm contribuído para um aumento da demanda por serviços de AD. Por exemplo, na maior parte dos países analisados e no Brasil, a desinstitucionalização – incluindo o fechamento de instituições de longa permanência em saúde mental – a priorização da vida e dos cuidados na comunidade tem sido aceita como princípios que regem a formulação de políticas. Nesse contexto, serviços de atenção primária à saúde que têm o domicílio como local de sua prática (serviços domiciliares de enfermagem, hospital em casa, cuidados paliativos etc.) são vistos como estratégias para garantir melhor qualidade de vida aos usuários e às suas famílias². O aumento nos gastos públicos com saúde, nas últimas décadas, também tem gerado uma necessidade de repensar o modelo de atenção em grande parte dos países com sistemas nacionais de saúde e a AD tem aparecido como uma estratégia com potencial para contenção desses gastos (embora estudos de custos mais consistentes e que envolvam custos indiretos sejam necessários), apesar de também apresentar desafios de financiamento que comprometem a sua sustentabilidade, como será discutido ao longo do texto.

Organização dos serviços de Atenção Domiciliar (AD) no mundo

A vinculação dos programas com a rede, a responsabilidade gestora e as modalidades de AD ofertadas apresentam grandes variações de um país para outro, assim como o rol de serviços incluídos.

Na América Latina, na América Central e no México, de modo geral, percebemos a existência de programas de Atenção Domiciliar com diferentes inserções e vinculações ao sistema de saúde, com diversas experiências mais ou menos consolidadas que podemos considerar como *boas práticas*, porém com poucas políticas específicas para a Atenção Domiciliar no âmbito federal.

No Uruguai, por exemplo, a cidade de Montevidéu criou um programa de AD de base comunitária, para permitir aos idosos residir em seus domicílios com independência pelo maior tempo possível; em Buenos Aires, existem diversos serviços com financiamento público ou privado e o desafio atual consiste na organização de um programa com coordenação dos sistemas de saúde e de assistência social.

O México apresenta programas escassos, normalmente vinculados a instituições hospitalares. Também existe, na Argentina, um programa de *cuidadores domiciliares*, implementado pela Secretaria da Infância, Adolescência e Família do Ministério do Desenvolvimento Social, que busca capacitar membros da comunidade para o cuidado domiciliar de pessoas com mais de 60 anos com algum tipo de deficiência, doença crônica ou terminal que as torne dependentes, desde que comprovem insuficiência econômica e que não contêm com um cuidador⁶.

Na maior parte dos países europeus e no Canadá, existe clara distinção entre serviços de Atenção Domiciliar à saúde – internação domiciliar, cuidados paliativos, cuidados de enfermagem em domicílio (*home care, hospital and hospice at home schemes, home nursing*) – e serviços de assistência social prestados ao usuário no seu domicílio² – *home help*, sendo que essa última categoria nem sempre está presente.

Em muitos países, tem-se buscado eliminar a lacuna existente entre os programas e serviços sociais e de saúde no contexto domiciliar. É o caso da Catalunha, região da Espanha, onde cada serviço depende de uma administração e possui fontes de

financiamento distintas, comprometendo a integralidade do cuidado prestado no domicílio. Com a intenção de articular os serviços e programas, as equipes de atenção primária têm sido responsáveis por realizar a busca ativa e identificar pessoas em situação de risco, tanto do ponto de vista clínico, quanto do ponto de vista social e, a cada caso, uma enfermeira de referência é designada para estabelecer o elo entre aquele usuário e sua família e os trabalhadores⁷. O reconhecimento e a responsabilização das equipes de atenção primária com a identificação de usuários elegíveis para a AD também foram recentemente reconhecido no Brasil.

A articulação dos programas de AD com a rede de atenção à saúde e social também tem sido considerada fator primordial para garantir o sucesso das experiências, sobretudo nos casos de desospitalização, ao prevenir reinternações frequentes. Estudos sugerem que cerca de 20% a 30% dos pacientes maiores de 75 anos, apresentando problemas crônicos de saúde, são internados em instituições hospitalares de maneira equivocada, para tratamento de quadros agudos, e que essas internações poderiam ser evitadas com orientação adequada à família e com a vinculação a um profissional de referência⁸.

Questões, como, por exemplo, a falta de articulação entre programas e serviços de Atenção Domiciliar à saúde e de assistência social no domicílio; a baixa coordenação interprofissional causada tanto por conflitos entre diferentes práticas profissionais, quanto pela falta de profissionais habilitados para gestão do cuidado; e o envolvimento de instituições privadas, filantrópicas e outras no cuidado domiciliar, têm sido apontadas na literatura internacional² como questões-chave para integralidade do cuidado na AD. Além disso, a integralidade do cuidado requer maior articulação entre os serviços hospitalares e de AD no processo de desospitalização.

No Canadá, tem-se buscado articular os serviços de Atenção Domiciliar e de base comunitária. Entre os serviços oferecidos à comunidade, encontram-se, por exemplo, os programas dia para as pessoas sofrendo de Alzheimer, os serviços de entrega de refeições em domicílio e os programas de visitas amigáveis⁹.

A tabela 1 apresenta diferentes aspectos da organização da Atenção Domiciliar em seis países, de forma comparativa.

Trabalhadores da AD no mundo

Os trabalhadores envolvidos no cuidado nas diferentes modalidades de AD também variam bastante de um país para outro, sejam eles trabalhadores formais (ou profissionais) ou informais (não profissionais). Estão aí incluídos trabalhadores de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, cuidadores (chamados de *home care assistants* na literatura internacional), arrumadeiras (equivalente à empregada doméstica), acompanhantes, voluntários e outros.

No Brasil, por exemplo, a composição das equipes de AD depende do nível de complexidade tecnológica do cuidado. Além disso, equipes de apoio podem ser solicitadas caso a equipe principal constate a necessidade.

A proporção de trabalhadores formais em relação aos trabalhadores informais varia muito entre países e dentro de uma mesma nação, de acordo com a região, com variações ao longo do tempo. Em países como Itália, Espanha e Portugal, o cuidado no domicílio é praticado principalmente por cuidadores informais, como esposas, filhos, noras etc. Já, nos países nórdicos, o cuidado não profissional é menos comum, uma vez que os municípios financiam boa parte da assistência domiciliar menos especializada. É o que acontece na Dinamarca, embora boa parte desses serviços seja provida por empresas privadas com financiamento público².

A enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores profissionais envolvidos no cuidado domiciliar, estando frequentemente envolvida na coordenação e na gestão da assistência domiciliar à saúde, no entanto, na maior parte dos países europeus, os serviços de Atenção Domiciliar à saúde são financiados e coordenados separadamente dos serviços de assistência social prestados ao usuário no seu domicílio, funcionando paralelamente e sem articulação entre os programas. Algumas experiências de gerenciamento de casos têm sido observadas na Inglaterra, no Canadá⁹, na Suécia¹⁰ e no Brasil, evidenciando os benefícios da gestão do cuidado para as famílias e para o sistema, sobretudo em cenários de escassez de recursos.

Os cuidadores (ou *home assistants*) são considerados a base dos programas de AD, sendo responsáveis por atividades que vão desde cuidados básicos de saúde, até

ajuda nas atividades de vida diária (AVDs) ou para preparar as refeições, no entanto a integração do cuidador com os trabalhadores profissionais das equipes de AD é frequentemente conflituosa e esse é diversas vezes percebido como um oponente¹¹, em uma disputa pelo cuidado em ambiente domiciliar.

Outros estudos também indicam uma crescente preocupação com a escassez global de trabalhadores informais não familiares que tem sido parcialmente suprida, em alguns países, com mão de obra imigrante. É o caso, por exemplo, do Reino Unido, que recebe trabalhadores dos países do Leste europeu, ou da Itália, que recebe trabalhadores da Albânia¹². Esses cuidadores são, na maior parte das vezes, cuidadores não profissionais, cujo trabalho não é submetido a qualquer tipo de regulação, o que compromete a qualidade do cuidado prestado e exige estratégias para expansão da mão de obra.

Alguns estudos indicam que a solução estaria na qualificação da mão de obra e na acreditação de programas, para garantia de um suprimento constante e suficiente de cuidadores¹³.

No Canadá, há clara política de imigração, a fim de facilitar a contratação de cuidadores estrangeiros com segundo grau completo e ao menos seis meses de treinamento ou um ano de experiência em áreas correlatas, para prover cuidado a crianças, idosos ou pessoas com deficiências no domicílio, no qual também devem residir (*live-in caregivers*)¹⁴.

A migração internacional de profissionais de saúde, principalmente de médicos e enfermeiras, também é uma questão importante, com repercussões para diversas modalidades de Atenção Domiciliar à saúde no mundo. Portugal, por exemplo, recebe médicos e enfermeiras de países africanos de língua portuguesa, enquanto Canadá, Estados Unidos e Reino Unido recrutam enfermeiras de países de língua inglesa, como Índia e Filipinas, gerando forte diminuição da mão de obra jovem nesses países e uma potencial lacuna de cuidado para as parcelas mais envelhecidas da população¹⁵.

No Brasil, poucos estudos têm sido feitos para identificar fluxos migratórios, mas a crônica falta de médicos na atenção primária no interior do país e em locais de difícil acesso tem gerado discussões em torno da possível necessidade de contratação de mão de obra estrangeira.

Diversas outras questões têm sido levantadas no que concerne à mão de obra nas diversas modalidades de Atenção Domiciliar no mundo. O envelhecimento e a perspectiva de aposentadoria de grande contingente de trabalhadores da enfermagem nascidos no pós-guerra – a geração *baby-boom* – têm sido percebido como questão prioritária e poderá comprometer a sustentabilidade de diversos programas de AD. O envelhecimento também gera diminuição da proporção de cuidadores para cuidar de pessoas dependentes no domicílio, o que deverá afetar o financiamento dos programas de AD e a quantidade de trabalhadores formais e informais disponíveis, uma vez que a demanda por assistência domiciliar tende a aumentar significativamente à medida que a população envelhece, mesmo que a dependência seja adiada para estágios mais avançados de idade, em comparação com as gerações anteriores¹⁶. Isso reforça a necessidade de se investir também em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação.

O envelhecimento dos cuidadores informais, sobretudo esposas de usuários de serviços de AD, também é um problema que preocupa alguns pesquisadores e gestores, ao limitar a capacidade de alguns atos de cuidado². A maior participação de mulheres no mercado de trabalho também tem sido motivo de preocupação em diversos países⁴.

Já na Itália, na Áustria e na Grécia, onde familiares de usuários de serviços de Atenção Domiciliar que se tornam seus cuidadores podem receber um apoio financeiro por esse trabalho – em uma forma de compensação pelo trabalho desempenhado e pelas oportunidades de vida perdidas –, esse dinheiro (ou parte dele) tem sido utilizado para contratar cuidadores que residem no domicílio.

Ainda que muitas dessas questões não constituam, atualmente, preocupação para sustentabilidade de programas de Atenção Domiciliar no Brasil, é importante que sejam conhecidas e levadas em conta de forma preventiva na elaboração de diretrizes e políticas comprometidas com a consolidação da Atenção Domiciliar no país.

AD como parte dos modelos de atenção

Como abordado anteriormente, em quase todos os países membros da União Europeia, o que se convencionou chamar de Atenção Domiciliar inclui serviços de atenção à saúde e serviços de assistência social que, na maior parte dos casos, não *dialogam* entre

si, como acontece em Portugal, na Espanha e no Reino Unido, entre outros. Ademais, em países como a Dinamarca e a Suécia, compreendeu-se que a articulação entre essas duas áreas da AD era essencial e buscou-se uni-las sob a gestão dos municípios².

Entre os serviços de Atenção Domiciliar diretos à Saúde, consideram-se usualmente os que incluem ações de reabilitação, suporte, promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado técnico de enfermagem, tanto para condições crônicas quanto para condições agudas de saúde, terapia ocupacional e fisioterapia. O público-alvo é composto, sobretudo, por idosos, pessoas com doenças complexas e com doenças terminais¹⁶.

Já os serviços tradicionalmente providos pelo setor de assistência social compreendem tarefas domésticas, como compras, preparo de refeições, limpeza do domicílio, atividades burocráticas (como preenchimento de formulários e pagamento de contas), atividades de socialização, acompanhamento para prática de atividades físicas e ajuda nas AVDs. Esses serviços, quando presentes, são solicitados no caso de inexistência ou insuficiência de cuidadores informais e/ou para dar suporte psicológico ao cuidador e/ou à família. O público-alvo desses serviços é composto principalmente por idosos, muitos deles vivendo sozinhos.

Como parte do modelo de prestação da atenção direta à saúde, há duas vertentes a partir das quais a Atenção Domiciliar tem sido ofertada como componente de modelos de atenção a condições agudas – mais raros e geralmente como alternativa de *saída* das instituições tradicionais de prestação de assistência (geralmente hospitalares) – e como componente de modelos de atenção às condições crônicas – mais comum e com portas de entradas variadas.

O modelo de atenção às condições agudas é aquele em que há a organização do sistema de prestação de serviços para atender aos eventos agudos, abruptos ou decorrentes da agudização de condições crônicas. Entende-se por condições agudas aquelas condições de saúde com duração limitada, manifestação abrupta, autolimitadas, diagnóstico e prognóstico usualmente precisos, intervenção usualmente efetiva, centradas no cuidado profissional, geralmente médico¹⁷.

Uma condição necessária para organização dos modelos de atenção às condições agudas é a classificação de riscos dos eventos agudos, a fim de que se faça a atenção no lugar mais custo-efetivo e no tempo certo. Nesse sentido, a análise da literatura internacional demonstra que a Atenção Domiciliar possui papel importante na

composição do modelo, embora sua oferta seja ainda pouco expressiva, haja vista o número de estudos localizados.

Na Austrália, na Ásia e nos países do Pacífico encontramos a experiência de *Hospital in the Home* (HITH), que consiste na prestação de cuidados agudos ou pós-agudos no domicílio, em substituição ao hospital. O cuidado é prestado por médicos de diversas especialidades, como infectologista, gerontologista, clínico geral, intensivista, ortopedista, cardiologista, pediatra, hematologista, cirurgião e especialista em reabilitação respiratória.

Um estudo realizado em Sydney, Austrália, com pacientes com condições agudas de saúde admitidos no setor de Emergência de um hospital, demonstrou que os custos com a assistência no domicílio (HITH) foram significativamente menores que no grupo controle que teve a assistência no hospital, não havendo diferença significativa nos resultados clínicos e na satisfação do usuário, permitindo concluir que, no modelo HITH, o custo-benefício do modo de atendimento é alto e favorável à eficiência alocativa.

Na Noruega, foi desenvolvido importante serviço de atenção aguda à saúde mental no domicílio, denominado “Resolução da Crise em Tratamento Domiciliar (CRHT)”, como parte de um programa nacional de saúde mental. Nesse programa, há equipes de Atenção Domiciliar que fornecem alternativa aos serviços de cuidados hospitalares agudos. Os estudos estabelecem análises das equipes CRHT e as implicações desse tipo de serviço em relação às necessidades dos usuários utilizadores dos serviços em crises agudas.

Em outro estudo¹⁸, a recuperação clínica dos pacientes que receberam cuidados em casa depois de procedimentos cirúrgicos (varizes, herniorrafia, colecistectomia, cirurgias anal e retal e histerectomia abdominal) foi avaliada e comparada em termos de “eventos adversos” (desconforto, infecção, cicatrização demorada ou complicações) com pacientes do hospital. Os resultados indicaram que o programa de atendimento domiciliar funcionou eficientemente, sem diferenças aparentes nas taxas de eventos adversos entre os dois grupos de atendimento domiciliar e hospitalar. Os autores concluíram, ainda, que a Atenção Domiciliar pode ser indicada para o tratamento agudo de diferentes condições clínicas e cirúrgicas, levando-se em consideração como critério de definição, para além da função clínica, razões tais como o perfil socioeconômico, a vontade do paciente ou o uso mais eficiente do espaço do hospital.

Um aspecto importante a ser considerado na proposição da Atenção Domiciliar como componente do modelo de atenção às condições agudas é a avaliação do risco em função do tempo de atendimento. Nesse sentido, os estudos apontam poucos elementos que permitam afirmar a melhor posição da Atenção Domiciliar na rede como a porta de entrada para a urgência (como local de classificação do risco, estabilização e atendimento) ou no papel de *saída* nas portas de urgência (retaguarda assistencial para descongestionar os leitos de urgência em hospitais ou outros pontos da rede), que parece ser a alternativa adotada nos países.

As experiências detectadas de Atenção Domiciliar como *entrada* para a urgência estão no setor privado, como o serviço SOS Médecin, na França, e as recentes implantações de suporte à urgência adotado nos programas de acompanhamento de pacientes crônicos nas operadoras de planos privados no Brasil.

Por outro lado, os modelos de atenção às condições crônicas caracterizam-se como um sistema de prestação de cuidados para as condições de saúde de longa duração, de manifestação gradual, não autolimitadas e compartilhamento responsável de ações de autocuidado e de cuidado multiprofissional. Esse modelo apresenta uma estrutura mais robusta, de maior tradição nos sistemas de saúde¹⁷. Por efeito, quando analisada a atenção domiciliar, revelou-se maior número de experiências nessa modalidade.

De modo geral, a oferta dos serviços de Atenção Domiciliar pode ser caracterizada pela diversificação de programas, com diferentes atuações, para responder às necessidades específicas dos usuários.

A análise da literatura revela que os serviços/programas organizam a oferta de acordo com diferentes critérios, predominantemente pela condição clínica/patologia ou por idade/ciclo vital. Esse aspecto é determinante da posição que a Atenção Domiciliar irá ocupar na rede de atenção.

Entre os serviços organizados por idade/ciclo vital, prevalecem aqueles que atendem crianças em condições clínicas ou sociais vulneráveis e idosos em diferentes condições de adoecimento ou de risco, especialmente aqueles que demandam cuidados de reabilitação.

Exemplos são os serviços de cuidados domiciliares preventivos para crianças nascidas prematuras e seu cuidador¹⁹, que recebem visitas domiciliares de fisioterapeuta

e psicólogo ao longo do primeiro ano, com melhores resultados comportamentais para as crianças e redução da ansiedade e depressão nos cuidadores primários.

Na Turquia, um estudo revelou que o apoio à amamentação no domicílio após o parto foi eficaz em aumentar a duração do aleitamento materno e o conhecimento sobre a amamentação²⁰.

Um Programa de Atenção Domiciliar (PAD) de longa duração, em Sidney²¹, evidenciou resultados clinicamente melhorados na duração do aleitamento materno e, para alguns subgrupos de mães, na experiência das mulheres sobre a maternidade e no desenvolvimento mental das crianças.

Outro estudo revelou os resultados e custos de um modelo de Atenção Domiciliar no acompanhamento de pré-natal, materno e infantil em casos de gestação de alto risco (*diabetes mellitus* gestacional, hipertensão crônica, trabalho de parto ou risco de trabalho de parto prematuro). Nesse modelo, metade da atenção pré-natal foi fornecida nas casas das mulheres por enfermeiros especialistas em atendimento domiciliar, com ações que iam de educação em saúde e aconselhamento a telemonitoramento e disponibilização de linha telefônica para contato com profissionais, em caso de urgência ou dúvidas habituais. Os resultados indicaram que a Atenção Domiciliar propiciou menor mortalidade fetal/infantil; menor taxa de nascimentos prematuros, menos hospitalizações no pré-natal; menor número de reinternações infantis e uma economia de mais de 750 diárias totais de hospital, permitindo concluir que esse modelo de atendimento fornece uma solução fundamentada para melhorar os resultados da gravidez e do bebê, reduzindo os custos de saúde²².

Na Inglaterra²³ e na Austrália²⁴, existem experiências de programas de reabilitação domiciliar de pacientes idosos, geralmente com intervenção fisioterápica. Pacientes idosos em reabilitação domiciliar, após fratura de quadril, apresentam diferenças significativas no grau de independência para autocuidado e locomoção, bem como de confiança e equilíbrio em escadas e atividades instrumentais e de função física, quando comparados com idosos, nas mesmas condições, que foram submetidos à reabilitação tradicional em ambulatórios²⁵.

Em relação à condição clínica, as experiências internacionais revelam serviços vinculados a instituições hospitalares, em que a Atenção Domiciliar é organizada de

acordo com a patologia de base. Prevalencem serviços a portadores de doenças crônicas degenerativas (DPOC e outras condições respiratórias crônicas, dependentes ou não de tecnologias; e insuficiência cardíaca), pessoas com sequelas ou incapacidades permanentes ou temporárias (portadores de sequelas de AVC, fraturas ósseas; problemas psiquiátricos) e ainda para as condições de cuidados paliativos.

Nessa modalidade, os estudos identificados revelam os resultados da Atenção Domiciliar na qualidade de vida dos pacientes; na melhoria dos quadros crônicos; na redução das reinternações. De modo geral, as experiências envolvem equipes multiprofissionais, com atendimentos programados e monitoramento presencial e a distância. A concentração das ações está, sobretudo, no estímulo ao autocuidado apoiado, que constitui a base do modelo de atenção às condições crônicas¹⁷.

Pacientes com insuficiência cardíaca nos Estados Unidos da América (EUA)¹¹ foram submetidos a um estudo cujos resultados indicaram que os pacientes que participam da intervenção domiciliar multicomponente (educação, telemonitoramento e atividades terapêuticas no domicílio) tiveram melhoria significativa na qualidade de vida e redução dos sintomas depressivos, em comparação com pacientes do grupo controle. Houve, também, uma tendência de diminuição das taxas de readmissão hospitalar no grupo assistido no domicílio.

Um ensaio clínico realizado com pacientes com AVC isquêmico na Tailândia²⁶ permitiu demonstrar que a reabilitação domiciliar é estatisticamente mais eficaz do que o método convencional. Ademais, para os formuladores de políticas, o programa também mostrou uma boa relação custo-efetividade, uma vez que, embora seu custo tenha sido mais elevado, houve aumento do número de pacientes atendidos nessa modalidade, com diminuição na procura por atendimento hospitalar entre esses pacientes.

Pacientes com insuficiência cardíaca que receberam intervenções educativas domiciliares²⁷ apresentaram taxas menores de procura aos serviços de urgência; menor número de reinternação e menores custos de saúde, além de uma tendência de menos mortes fora do hospital e melhoria na qualidade de vida.

Um outro estudo, na Turquia²⁸, revelou que pacientes com estágio 3 ou 4 de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) de um programa de reabilitação pulmonar

domiciliar, que receberam educação sobre sua doença e realizaram exercícios de respiração e aeróbicos em suas casas, apresentaram melhora significativa dos testes de função pulmonar, gasometria arterial, qualidade de vida, dispneia e capacidade funcional.

Já um programa de tratamento de idosos com depressão no domicílio evidenciou que as pessoas que receberam tratamento em casa tiveram significativamente menos sintomas de depressão, melhor funcionamento global, menos admissões em instituições de longa permanência de idosos, passaram menos tempo no atendimento em ambulatório psiquiátrico e os custos dos cuidados foram menores²⁹.

Na Alemanha, há um programa de desospitalização de pacientes com doença psiquiátrica grave, cujos resultados indicam que o tratamento domiciliar é uma alternativa viável em pacientes com diagnósticos psiquiátricos³⁰ e pareceu ser semelhante ao tratamento tradicional quanto à eficácia clínica.

Em Portugal e outros países europeus, há equipes específicas de cuidados paliativos que prestam assistência de forma intermitente ou contínua nas 24 horas do dia, de acordo com a complexidade e o estágio de terminalidade do paciente.

Como componente do modelo de atenção às condições crônicas, a Atenção Domiciliar apresenta-se como porta de saída do hospital (no processo de desospitalização), com a função primordial de melhoria da assistência no domicílio, evitando-se complicações e, com isso, a procura pelos hospitais.

Alguns aspectos influenciam a natureza, a complexidade (intensidade do cuidado) e a estrutura organizacional (modalidade) do serviço de Atenção Domiciliar acessado: definição do critério de elegibilidade para AD, detecção precoce de pessoas elegíveis para a AD e adequada avaliação das necessidades.

Os critérios de elegibilidade variam bastante, não apenas de um país para outro, mas no interior de um mesmo país. Em alguns países, como é o caso da Inglaterra e da Alemanha, esses critérios são bastante rígidos, refletindo uma contenção de gastos com a Atenção Domiciliar². Segundo Nies e Berman³¹, a elegibilidade das pessoas para a AD também deveria ser identificada o mais cedo possível, mas, na maior parte das vezes, essas pessoas são incluídas quando suas condições de saúde já estão bastante deterioradas. A busca ativa tem papel fundamental nessa identificação precoce dos casos elegíveis para a AD.

Financiamento da AD

O financiamento da Atenção Domiciliar é um dos nós críticos para diversos países. Os desafios vão desde os mecanismos para levantamento de fundos (impostos, contribuição social, pagamento individual, planos e seguros de saúde etc.), até a forma de alocação dos recursos (o que é financiado e para quem). Isso implica enorme variedade de arranjos para o financiamento da AD no mundo e reflete o modelo assistencial adotado. Logo, a busca pela sustentabilidade da AD é uma questão-chave para os países.

Em vários países europeus, por exemplo, o financiamento público de alguns tipos de serviços sociais prestados no domicílio, como as tarefas domésticas, vêm sendo retirados nessa busca, com o crescimento, em contrapartida, da mercantilização desses serviços, com consequências que precisam ser melhor analisadas².

Alguns países com sistemas nacionais e universais de saúde têm adotado algumas estratégias para os problemas da sustentabilidade do sistema e da AD, aos quais têm sido confrontados e que tendem a ser potencializados com o envelhecimento populacional. É o que podemos constatar na Alemanha e na Holanda que adotaram medidas de contenção de gastos que incluem o congelamento de benefícios sociais aos usuários de serviços de AD e seus cuidadores e a redução da gama de serviços ofertados. A Inglaterra, por sua vez, tem investido em reabilitação e *reablement* (serviços que instrumentalizam os usuários para sua reinserção na comunidade)².

Os custos da contribuição e das oportunidades de vida perdidas pelos cuidadores informais também deve ser levada em conta, uma vez que esse aspecto é extremamente influenciado pelas expectativas de determinada sociedade quanto às obrigações da família nesses casos. Na Escandinávia, por haver uma compreensão legal e societária do envolvimento familiar como não compulsório, os serviços tendem a ser voltados para os indivíduos, com poucas trocas com familiares. O mesmo fato não acontece em países como Espanha, Itália e Grécia, onde as obrigações familiares envolvem a família estendida.

Em alguns países, têm sido introduzidos mecanismos de quase mercado (*quasi market*) para estimular a oferta e aumentar a competitividade com provedores tradicionais (público *versus* privado) e reduzir custos – é o caso da Inglaterra, da Espanha, da Áustria e da Holanda, embora utilizem arranjos diferentes.

Quadro 1 – Estratégias e serviços de Atenção Domiciliar de alguns países selecionados

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Canadá	<p>O Ministério da Saúde canadense é responsável pela análise da AD no país. O gestor de saúde de cada província ou território é responsável pelo estabelecimento de políticas e diretrizes para a AD, assim como pela sua operacionalização e vigilância. Existem alguns serviços geridos em âmbito federal, como aqueles dedicados às <i>first nations</i> (população aborígine) e comunidades <i>Inuit</i> e aos membros das Forças Armadas e ex-combatentes.</p>	<p>No Canadá, a maior parte dos serviços de cuidado no domicílio e cuidados comunitários são financiados pelos governos das províncias e dos territórios e por certas municipalidades, com uma contribuição financeira do governo federal sob a forma de pagamentos por transferência para a saúde e para os programas sociais. Assim, não há financiamento específico para a AD, mas um fundo global para serviços de saúde de cada província ou território. Os serviços podem estar diretamente vinculados ao sistema público ou serem provedores privados contratados. Em alguns casos específicos, pode haver solicitação de copagamento.</p> <p>O investimento público em AD em todos os níveis de governo, em 2010, foi de \$ 5.9 bilhões de dólares canadenses, o que corresponde a cerca de 4,0% do gasto público com saúde naquele ano.</p>	<p>No <i>Canada Health Act</i>, a Atenção Domiciliar, da mesma maneira que os serviços hospitalares e médicos, não é reconhecida como um serviço assegurado e regido pela lei canadense de saúde. Em 2013, quatro províncias possuíam legislação própria que define e regulamenta a AD. A importância dos cuidadores é reconhecida na legislação e em políticas específicas. Os problemas de escassez e formação de profissionais de AD foi incluído no Plano Decenal de 2004.</p>	<p>O sistema nacional de saúde conta com serviços de AD que englobam um leque de serviços de saúde no domicílio e no seio da comunidade para convalescentes, pessoas com deficiências, doentes crônicos ou em fase terminal que precisam de cuidados médicos, de enfermagem, sociais ou terapêuticos ou, ainda, de ajuda com suas atividades essenciais da vida cotidiana.</p>	<p>Até 2010, o foco era em modelos integrais de Atenção Primária e AD. Em 2011, o governo anunciou a intenção de mudar a ênfase para o atendimento no domicílio e na comunidade. Tem como foco a manutenção da autonomia, a desospitalização, os cuidados paliativos, a reabilitação, o apoio aos cuidadores familiares.</p>	<p>O rol de serviços oferecido varia de acordo com a jurisdição. Podem oferecer serviços considerados de atenção direta à saúde (atendimento de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição), e/ou serviços de assistência social no domicílio (manutenção e adequação do domicílio, limpeza, preparo de refeições, serviço de folguista para descanso do cuidador) e serviços de integração social, como transporte, compras, ajuda para preencher formulários e serviços bancários. Busca também dar suporte à família e aos cuidadores informais.</p>

Continua...

...Continuação

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Suécia	<p>O Ministério da Saúde e Assuntos Sociais sueco é responsável pelo planejamento geral da atenção à saúde no país, estabelecendo objetivos políticos e diretrizes por meio de leis e medidas econômicas. A Atenção Domiciliar à saúde e social funcionam articuladas sob a responsabilidade do gestor local ou municipal, com exceção de alguns municípios onde a descentralização ainda está incompleta e os <i>county councils</i> (gestor regional) são os responsáveis.</p>	<p>Os serviços podem estar diretamente vinculados ao sistema público ou serem provedores privados contratados. O usuário normalmente tem uma participação financeira nos custos da AD, calculado de acordo com a quantidade de ajuda necessária e com os seus rendimentos, até o teto da contribuição por esse serviço, sendo o montante restante financiado pelo governo. O gasto público com a AD era de cerca de 2,75% do seu GDP em 2004.</p>	<p>A Lei de Saúde e Serviços Médicos (<i>Law of Health and Medical Services</i>), de 1982, inclui a obrigatoriedade de prover Atenção Domiciliar se as necessidades não puderem ser atendidas de outro modo. A nova legislação do serviço social (<i>new social service legislation</i>), de 2002, garante o suporte à família e ao cuidador pelos municípios, no entanto os municípios têm autonomia para desenvolver as próprias leis.</p>	<p>Idosos com doenças crônicas (demência, Alzheimer etc.) e suas famílias etc.</p>	<p>A centralidade da atenção mudou de um modelo institucional centrado para um modelo centrado em serviços formais de base comunitária e só, posteriormente, foi dada maior ênfase no cuidado de base familiar, porém, apesar de os serviços públicos de AD, especialmente para idosos, serem bastante difundidos e apresentarem alto grau de satisfação, nos últimos anos, tem havido um declínio da utilização desses e um aumento da mercantilização da assistência.</p>	<p>Inclui serviços médicos, de reabilitação e de assistência social que vão desde atendimento médico e de enfermagem (inclusive durante a noite), ajuda nas tarefas domésticas, como limpeza, lavanderia, cozinhar, fazer compras, ajuda nas atividades da vida diária (AVDs), como vestir-se, comer ou beber, mover-se. Inclui também atividades de integração social, ajudando a pessoa a se sentir segura em casa (ex.: alarmes), adaptação da casa para pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção etc.</p>

Continua...

...Continuação

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Portugal	O gestor federal ou regional é responsável pela Atenção Domiciliar à saúde e o governo local ou o município é responsável pela organização da atenção social no domicílio, porém os maiores provedores de AD são as organizações caritativas (as misericórdias) e instituições privadas com financiamento público.	Os mecanismos financeiros de apoio às famílias são pouco desenvolvidos e atendem principalmente aos idosos favorecidos e aos idosos sem vínculos familiares. A seguridade social prevê suporte financeiro e de serviços para os idosos dependentes ou portadores de deficiências e suas famílias, quando esses não podem arcar com os gastos.	Não foi encontrada legislação específica, porém a família aparece como responsável pelo cuidado e pela manutenção do seu familiar caso esse se torne dependente.	Idosos com dificuldades na realização das atividades de vida diária e com demanda por cuidados paliativos. Não possui políticas ou programas governamentais de Atenção Domiciliar à saúde.	Provê sobretudo assistência social no domicílio.	Os cuidados vão desde serviços de higiene pessoal, limpeza da casa, lavanderia, alimentação, ajuda para realização das AVDs, como transporte, serviços de integração social e cuidados à saúde em casos específicos. Existem alguns centros temporários para acomodação noturna em caráter emergencial ou permanente para usuários sem familiares e que necessitam de assistência durante a noite.

Continua...

...Continuação

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Espanha	<p>O governo local ou o município é responsável pela atenção social no domicílio e pela AD vinculada à atenção primária. A maior parte dos idosos dependentes é atendida por cuidadores informais.</p>	<p>A Atenção Domiciliar à saúde é financiada pela seguridade social (por meio de impostos, exclusivamente), com uma contribuição dos usuários que varia de acordo com os rendimentos. A seguridade social provê suporte financeiro e de serviços principalmente para os idosos dependentes ou portadores de deficiências e suas famílias, quando esses não podem arcar com os gastos ou vivem sozinhos. Os serviços de assistência social no domicílio são financiados conjuntamente pelo Ministério da Assistência Social, pelas Secretarias Regionais de Bem-Estar Social e pelos municípios. O gasto público com a AD era de cerca de 0,2% do seu GDP em 2004.</p>	<p>No Código Civil espanhol, a família aparece como responsável pelo cuidado e pela manutenção do seu familiar caso esse se torne dependente. Não há direito legal aos serviços de assistência social.</p>	<p>Idosos dependentes e portadores de deficiência.</p>	<p>Provê sobretudo assistência social no domicílio, buscando manter o idoso em casa até o mais tarde possível. Oferece poucos serviços de assistência à saúde no domicílio.</p>	<p>Inclui assistência social no domicílio garantida pela atenção primária – tarefas domésticas, compras, lavanderia, entrega de refeições, teleassistência e telealarme, porém esses serviços não estão disponíveis em todas as comunidades autônomas.</p>

Continua...

...Continuação

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Colômbia	Foram identificados programas ligados à instituições hospitalares públicas, entidades filantrópicas e à APS.	As formas de financiamento são variadas, porém não foram encontrados maiores detalhes.	Não foi encontrada legislação específica.	Idosos com doenças crônicas (demência, Alzheimer etc.) e incapacitantes ou terminais e suas famílias ou para desospitalização precoce de condições agudas.	A contenção de gastos é claro objetivo da AD no país, supra a baixa disponibilidade de leitos hospitalares.	Envolve principalmente serviços técnicos, como reabilitação respiratória e oxigênio terapia, tendo o fisioterapeuta como figura de destaque na equipe. Envolve também serviços de infusão de medicamentos parenterais como sua maior característica.

Continua...

...Continuação

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Legislação	Público principal	Modelo de atenção	Rol de serviços
Dinamarca	A AD à saúde e social funcionam articuladas sob a responsabilidade do gestor local ou municipal. Uma grande porcentagem da população idosa utiliza serviços de AD.	O sistema nacional de saúde é gratuito e universal. O financiamento dos serviços é único e é responsabilidade dos municípios que captam recursos por meio de impostos, no entanto, no caso de cuidados de longa duração, a família pode ser chamada a contribuir de acordo com os seus rendimentos. Alguns serviços de cunho social, como ajuda nas AVDs e atividades domésticas, são, em parte, providos por empresas privadas com financiamento público.	A Lei de Assistência Social, de 1976, afirma que todos os municípios devem oferecer serviços de apoio domiciliar aos seus habitantes idosos. A legislação também prevê assistência para o cuidador e para as famílias.	Idosos dependentes, pessoas com doenças crônicas (demência, Alzheimer, cânceres etc.), pessoas com deficiências e suas famílias.	A centralidade da atenção mudou de um modelo institucional centrado para um modelo centrado em serviços formais de base comunitária e só, posteriormente, foi dada maior ênfase no cuidado de base familiar. Centros comunitários de saúde são a base dos serviços de AD, articulando serviços de assistência social e de saúde. Os serviços também não impõem restrições ao tipo de domicílio, que ele seja a própria casa do usuário, um lar de idosos ou outro local considerado como o domicílio do usuário.	É dividido em duas categorias: temporário e de longa duração. Inclui desde assistência de enfermagem 24 horas, provisão de refeições, adaptação da casa, assistência financeira para o cuidador, transporte e centros de cuidados até, eventualmente, manutenção do jardim, limpeza de neve e instalação de alarmes. Existem também serviços de visitas domiciliares preventivas, definidos por legislação específica, em que são previstas no mínimo duas visitas anuais.

Fonte: Seixas, et al., 2014.

Referência

¹IBGE. **Síntese de Indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic_sociais2007.pdf>. Acesso em: 2013 maio.

²ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The solid facts**: home care in Europe. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.

³_____. Les principales causes de décès dans le monde, 2008. **Aide-Mémoire**, [S.l.], n. 310, jun. 2011.

⁴VLASBLOM, J. D.; SCHIPPERS, J. J. Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences. **European Journal of Population**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 375-392, 2004.

⁵EUROSTAT. **Europe in figures**: Eurostat yearbook 2011. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2011.

⁶ARGENTINA. Ministerio de Desarrollo Social. **Cuidadores domiciliarios**. Buenos Aires, 2013. Disponível em: <www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165>. Acesso em: 19 maio 2013.

⁷ARANZANA, A.; CEGRI, F. Home care program structure. In: HOME care guidebook. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.

⁸FOOTE, C.; STANNERS, C. (Ed). **Integrating care for older people**: new care for old: a systems approach. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

⁹SANTÉ CANADA. **Soins à domicile et soins continus**. 2010. Disponível em: <www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-fra.php>. Acesso em: 20 maio 2013.

¹⁰PERROCA, M. G.; EK., A.-C. Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 851-858, nov./dez. 2004.

¹¹DELANEY, C.; APOSTOLIDIS, B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. E27-40, 2010.

¹²STONE, R. Long-term care workforce shortages: impact on families. In: THE SOLID Facts: home care in Europe. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.

¹³LAMURA, G.; POLVERINI, F. **East to west**: the migration of informal caregivers. Washington, DC: AARP International, 2005.

¹⁴CANADÁ. Live-in Caregivers, 2012. Disponível em: <www.cic.gc.ca/english/work/caregiver/index.asp>. Acesso em: 23 maio 2013.

¹⁵STILWEL, B. et al. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 82, n. 8, p. 595-600, August 2004.

¹⁶SHEPERD S, L. S. Hospital at home versus in-patient hospital care. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 1, CD000356, 2009.

¹⁷MENDES, E. V. Os modelos de atenção à saúde. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Cap. 3., p. 209-292.

¹⁸GERSON, L. W.; COLLINS, J. F. A randomized controlled trial of home care: clinical outcome for five surgical procedures. **Canadian Journal of Surgery**, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 513-26, [19-?].

¹⁹SPITTLE, A. J. Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. **Pediatrics**, [S.l.], v. 126, n. 1, p. 171-178, 2010.

²⁰AKSU, H.; KUÇUK, M.; DUZQUN, G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. **The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 354-361, Feb. 2011.

²¹KEMP, L. et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 96, n. 6, p. 533-540, 2011.

²²BROOTEN, D. et al. A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs. **The American Journal Of Managed Care**, [S.l.], v. 7, n. 8, p. 793-803. 2001.

²³PARKER, S. G. et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. Clinical outcomes. **Age and Ageing**, [S.l.], v. 40, n. 5, p. 557-562, 2011.

²⁴ELIOTT, D. et al. Health-related quality of life and physical recovery after a critical illness: a multi-centrerandomised controlled trial of a home-based physical rehabilitation program. **Critical Care**, London, England, v. 15, n. 3, p. R142, 2011.

²⁵ZIDÉN, L.; KREUTER, M.; FRÄNDIN, K. Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. **Disability and Rehabilitation**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 18-32, 2010.

²⁶SRITIPSUKHO, P. et al. Cost-effectiveness analysis of home rehabilitation programs for Thai stroke patients. **Journal of the Medical Association of Thailand**, [S.l.], v. 93, p. S262-270, 2010. Suppl. 7.

²⁷AGUADO, O. et al. **Long-term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure**, [S.l.], v. 39, p. S14-22, 2010. Suppl. 6.

²⁸AKINCI, A. C.; OLGUN, N. The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. Rehabilitation nursing: the official. **Journal of the Association of Rehabilitation Nurses**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 159-165, 2011.

²⁹KLU G, G. et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, [S.l.], v. 197, n. 6, p. 463-467, 2010.

³⁰MUNZ, I. et al. Comparison of “home treatment” with traditional inpatient treatment in a mental hospital in rural southern Germany. *Psychiatrische Praxis*, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 123-128, 2011.

³¹NIES, H.; BERMAN, P. C. **Integrating services for older people**: a resource book for managers. Dublin: European Health Management Association, 2004.

Bibliografia complementar

ALZHEIMER EUROPE. **Home Care in Europe**: country comparisons. Disponível em: <<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/>>. Acesso em: 2 de junho de 2013.

CHCA. **Portraits of Home care in Canada 2013**. Mississauga: CHCA National Office, 2013. CHILE. Processo 09-11-206769. 2009. Disponível em: <http://www.contratos.gov.co/archivospuc1/2009/da/124004000/09-11-206769/DA_PROCESO_09-11-206769_124004000_1105497.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2013.

EL NORTERO. **Antofagasta cuenta con programa de atención domiciliaria único en Chile**. 2011. Disponível em: <<http://www.elnortero.cl/noticia/sociedad/antofagasta-cuenta-con-programa-de-atencion-domiciliaria-unico-en-chile>>. Acesso em: 05 de junho de 2013.

HOSPITAL LA VICTORIA. **Guia de Atención Domiciliaria**. 2011. Disponível em: <http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/HOSPITALIZACION/HOSPITALIZACION%20DOMICILIARIA/ATENCION%20DOMICILIARIA.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2013.

SZEBEHELY, M.; TRYDEGÅRD, G. B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health Soc Care Community*, [S.l.], v. 3, p. 300-309, May 2012.

ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

Apreender a dinâmica dos serviços de Atenção Domiciliar implica uma busca sobre sua constituição histórica no contexto da assistência à saúde. Tal apreensão não é uma tarefa simples, uma vez que os serviços se organizaram a partir de realidades, dinâmicas e necessidades distintas.

O cuidado domiciliar é uma prática remota. Na Europa da Idade Média, antes da institucionalização dos hospitais, essa prática era amplamente utilizada. A Atenção Domiciliar surgiu, nos Estados Unidos, em 1947, como prática institucionalizada, motivada pela necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente¹, porém a utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde emergiu e expandiu-se mundialmente devido à transição demográfica e epidemiológica. No Brasil, o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar passa a existir a partir de 1990, seguindo a tendência mundial. O uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar².

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira relaciona-se, entre outros fatores, à diminuição da fertilidade, ao aumento da expectativa de vida, ao aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas, à maior sobrevivência de lesados medulares e de acidentes vasculares, bem como de outras doenças e agravos incapacitantes. Essa situação reflete-se diretamente no aumento da demanda por assistência à saúde.

O envelhecimento do ser humano, especialmente na sociedade contemporânea, vem acompanhado de maior vulnerabilidade aos agravos à saúde, maior dependência e menor autonomia do idoso em consequência dos processos de adoecimento relacionados às perdas físicas, psíquicas, sociais e materiais decorrentes da trajetória de vida e das singularidades próprias de cada pessoa.

Assim, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, principalmente aquelas relacionadas ao envelhecimento da população,

repercutem diretamente no aumento da demanda por assistência à saúde para uma parcela significativa da população.

Além da definição de políticas públicas, essa conjuntura remete à necessidade de criação de novas modalidades de atenção à saúde, o que vem ocorrendo com a ampliação da atenção básica, que passa a responsabilizar-se pelo cuidado à saúde do grupo familiar, em territórios definidos, com criação de vínculos e atendimento no domicílio. Dessa forma, abre-se espaço para que a Atenção Domiciliar seja uma estratégia a ser redimensionada, valorizada e muito utilizada, no entanto, também, é relevante a existência de outras demandas emergentes dentro do quadro epidemiológico e demográfico do país e que são elegíveis para o cuidado no domicílio. São indivíduos que demandam cuidados continuados e muitas vezes complexos, como crianças portadoras de doenças crônicas, portadores de sequelas de acidente vascular cerebral, incapacitados por algum tipo de acidente. Cita-se ainda a necessidade de se criar estratégias efetivas para o gerenciamento de condições crônicas de saúde, tal como as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e doenças osteomusculares.

Assim, há necessidade de prevenção e gerenciamento adequado das doenças crônicas, de forma integrada com os cuidados agudos à saúde, para auxiliar as pessoas a manter sua autonomia, em um contexto de envelhecimento, investindo no autocuidado e no cuidado proporcionado pela família. Além disso, são necessárias políticas e alocação de recursos que promovam sistemas de cuidado com um rebalanceamento do cuidado centrado no hospital, curativo, para o cuidado centrado no domicílio e na comunidade. Essa reorganização dos campos de prática e dos locais para realização do cuidado, mais do que uma tendência, já constitui uma exigência.

No Brasil, a Atenção Domiciliar tem sido discutida com novos olhares a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

A Constituição Nacional, de 1988, modificou e estabeleceu novos conceitos e responsabilidades para os serviços e ações de saúde no Brasil com a criação do SUS, considerando que:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁴.

O SUS apresenta-se como uma formulação política e organizacional para redimensionar as ações de saúde no Brasil e atribui ao Estado a responsabilidade de garantir políticas públicas que assegurem a saúde da população.

Ao longo dos anos que sucederam à implantação do SUS, muitos avanços podem ser observados na assistência à saúde no Brasil, tais como mudanças na concepção do processo saúde-doença, novas formas de organização e significativa expansão dos serviços de saúde. Na busca de consolidação do sistema, tem-se caminhado para a construção de um modelo que dê respostas sociais aos problemas e às necessidades de saúde, considerando-se a heterogeneidade e a diversidade política, econômica e cultural do país.

Apesar das mudanças decorrentes da implantação do SUS, alguns desafios ainda persistem na configuração de novas práticas sanitárias. Vale destacar o não atendimento a muitas necessidades da população, gerando iniquidade entre grupos e indivíduos, distorções nas formas de financiamento, grande parcela da população sem acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Assim, pode-se afirmar que a consolidação do SUS apresenta-se, no contexto da atenção à saúde no Brasil, como uma realidade em construção, reconfigurando práticas sanitárias capazes de superar o modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar, para avançar na configuração de novos saberes e fazeres que tenham como enfoque a identificação e a análise dos problemas e das necessidades de saúde contemporâneas e que sejam centrados no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde.

Em consequência, observam-se a emergência e a ampliação de espaços de atenção não tradicionais, como a estratégia de Saúde da Família, a Atenção Domiciliar em suas diversas modalidades, as propostas de cuidados paliativos domiciliares, as casas de parto, as residências terapêuticas, os *hospices*, as unidades de cuidados continuados, o telemonitoramento de pacientes, entre outros.

Esses serviços têm surgido e expandido-se no país com maior força a partir da década de 1990 e trouxeram a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e a proposição de políticas públicas que incorporassem a possibilidade da oferta de cuidado domiciliar a quem o demandasse.

Em 1998, foi publicada a Portaria nº 2.416, do Ministério da Saúde (MS), que definiu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS⁵. Ela representou o início de discussões de políticas públicas que retomam o cuidado no domicílio como forma de organização da assistência e, ao ser incorporado como tal, exige a formulação de mecanismos que garantam a regulação e o financiamento do setor.

Em abril de 2002, foi sancionada, pelo MS, a Lei nº 10.424, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde dispositivo jurídico legal que institui no SUS o atendimento e a internação domiciliar⁶. A incorporação do atendimento e da internação domiciliar no SUS representou uma tentativa de resposta às demandas crescentes para o cuidado domiciliar no país e, ao mesmo tempo, garantiu o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização e hierarquização, entretanto, embora se reconheça a evolução em relação à legislação que regulamenta a Atenção Domiciliar como modalidade de assistência no país, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, sendo colocada como complementar¹. Um dos grandes desafios apresentados à Atenção Domiciliar como política tem sido a não explicitação dos serviços disponibilizados e as fontes de financiamento específicas, dificultando sobremaneira sua real implementação.

Em resposta ao crescente aumento da demanda por Atenção Domiciliar e à necessidade de se estabelecer critérios clínicos, administrativos e assistenciais para essa modalidade de assistência, várias discussões estão sendo realizadas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, em janeiro de 2006, a Resolução Colegiada nº 11, que regulamenta tecnicamente o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar, com os requisitos mínimos de segurança e os critérios normativos⁷.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) publicou, também, em janeiro de 2006, nota técnica propondo, inicialmente, a implantação da Política Nacional de Internação Domiciliar. Diante da análise da necessidade de se implementar outras modalidades do cuidado domiciliar, a proposta do Conass é ampliada e formula-se a Política Nacional de Atenção Domiciliar. Propõe-se a criação de serviços sob a responsabilidade da esfera municipal de governo, com a formação de

equipes de atenção domiciliar, considerando-se o parâmetro de uma equipe para até 200 mil habitantes. A discussão contempla também as formas de financiamento e controle, com repasse financeiro na ordem de R\$ 50.000, em cota única, para investimento inicial por equipe e custeio de R\$ 20.000 por equipe ao mês, para aqueles municípios que aderirem à proposta⁸.

Em 2011, o MS publicou a Portaria Ministerial nº 2.029/2011⁹, que institui a Política Nacional de Atenção Domiciliar e a participação do gestor federal no financiamento dos serviços. Essa proposta passa a ser uma ação indutora importante para abertura e/ou ampliação dos serviços de Atenção Domiciliar, para que esses se organizem em resposta a uma demanda existente e atualmente negligenciada nas políticas públicas de saúde.

A portaria definia o cofinanciamento pelo MS a serviços de Atenção Domiciliar em municípios com mais de 100 mil habitantes e em municípios de mais de 40 mil habitantes situados em regiões metropolitanas. Essas definições foram alteradas recentemente pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

É importante destacar, na evolução da legislação sobre Atenção Domiciliar no Brasil, a tentativa cada vez mais explícita de conexão da Atenção Domiciliar com todos os serviços da rede de atenção à saúde, com fluxos em todos os sentidos (indicação de internação e de alta) e como dispositivo da política de urgência e emergência.

Partindo dessa consideração, a análise das experiências identificadas na literatura procurou caracterizar os serviços de acordo com sua *posição* na rede de atenção.

Referências

¹RREHEM, T. C. M. S. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Trad LAB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. Suplemento.

²SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.

³MOTA, J. A. C.; SILVA, K. L.; LOPES, T. C. Cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e serviço. **Olho Mágico**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 132-141, out./dez, 2005.

⁴BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

⁵BRASIL. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998. Seção 1, p. 106.

⁶BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002. p.1.

⁷AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006.

⁸CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Internação Domiciliar**. Brasília: Conass, 2006.

⁹BRASIL. **Portaria Ministerial nº 2.029/2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2011.

ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL: MODALIDADES E EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS

No Brasil, provavelmente a primeira experiência descrita de Atenção Domiciliar sistematizada foi a do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado em 1949 pelo Ministério do Trabalho e incorporado pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967¹.

Outras experiências foram desenvolvidas entre os anos de 1970 e 1990, como os serviços de assistência domiciliar vinculados aos programas de controle de doenças infectocontagiosas, visitas e acompanhamento domiciliar a pacientes faltosos de programas de crônicos e propostas de assistência domiciliar terapêutica – esta última já como parte da oferta de cuidados a portadores de HIV/Aids. Observa-se uma influência da política de saúde na organização de serviços, como, por exemplo, para hanseníase, HIV/Aids e distrofia muscular.

Na década de 1990, observa-se um crescimento das propostas de Atenção Domiciliar no Brasil, com criação de programas e serviços em diferentes regiões do país – a saber, em 1995, o Programa de Atendimento Domiciliar Terapêutico de um hospital da rede estadual de hospitais de Minas Gerais; o Serviço de Internação Domiciliar de Londrina, criado em 1996²; um PAD para pacientes com acidente vascular cerebral, DPOC, demência e outras patologias, no Hospital Municipal Paulino Werneck, no Rio de Janeiro, em 1997; em 1999, o Programa Interdisciplinar de Assistência Domiciliar do Hospital das Clínicas da UFMG – HC Domiciliar³; e no Hospital Getúlio Vargas no Rio de Janeiro; no mesmo ano, o Programa de Internação Domiciliar/PROIID, do município de Marília⁴ e outro PAD para desospitalização precoce de pacientes internados com sequelas de trauma e outras patologias, da rede estadual de hospitais de Minas Gerais.

A criação desses serviços representou um componente de organização da assistência a partir de demandas institucionais de desospitalização, com a entrada, na cena, de um *outro lugar* de cuidado para pacientes que demandam cuidados prolongados e que repercutiam diretamente na permanência em hospitais.

Nesse aspecto, é importante discutir que os serviços de assistência à saúde no domicílio desenvolvidos por uma equipe multiprofissional e por cuidadores informais podem representar um esforço de reconstrução de novos modelos de atenção que buscam uma assistência integral e equânime, garantindo a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo. A assistência domiciliar pode ser apenas um reforço do modelo hegemônico, com predomínio de uma medicina tecnológica, que estimula a produção de atos e procedimentos e em que os sujeitos são meros consumidores. Nessa concepção, o domicílio seria apenas mais um espaço, sem nenhum impacto na mudança do modelo assistencial. Diversos estudos destacam que deslocar o cuidado do hospital para o domicílio, sem modificar o processo de trabalho fundamentado no modelo hegemônico, curativo e individual, apenas muda o local de atendimento.

Do ponto de vista da organização da rede de atenção, as possibilidades de inserção da Atenção Domiciliar são muitas e podem ser orientadas pela extensão de cobertura, pela desospitalização precoce (ou evitabilidade da internação hospitalar), como opção assistencial de atenção às urgências ou outras condições de saúde.

Quadro 2 – Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil identificados a partir das produções científicas indexadas em bases de dados

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
1. Suporte materno no domicílio	Sumaré/SP	Desospitalização – Unidade Neonatal	COUTO, F. F. Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. Bras. Enferm , 65(1), p. 19-26, jan./fev. 2012.
2. PAD Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	São Paulo/SP	Desospitalização	MUNHOZ, A. S. et al., ADDE FV, NAKAIE CMA, DORIA FILHO U, Silva Filho LVRF; Rodrigues JC. Oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes: uma análise do uso clínico e de custos de um programa assistencial. J Pediatr. (Rio J) , 87(1), p.: 13-18, jan./fev. 2011.
3. PAD ao acamado	Porto Alegre/RS	Atenção básica	FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S. N.; SELL, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um PAD ao acamado em Porto Alegre. Ciênc. Saúde coletiva , RS, Brasil, 16(1), p. 301-310, jan. 2011.

Continua...

...Continuação

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
4. Fisioterapia domiciliar	Guarapuava/PR	Intervenção específica	BIM, C. R.; PELLOSO, S. M.; PREVIDELLI, I. T. S. Inquérito domiciliar sobre uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva , 16(9), p. 3837-3844, set. 2011.
5. Assistência domiciliar a idosos	Bagé/RS	Atenção básica	THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev. Saúde Pública , 44(6), p. 1102-1111, dez. 2010.
6. Fisioterapia domiciliar	João Pessoa/PB	Atenção básica	TORRES, C. K. D.; ESTRELA, J. F. M.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. Ciênc. Saúde Coletiva , 14(5), p. 1877-1879, nov./dez. 2009.
7. PAD	Fortaleza/CE	Desospitalização	MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. Rev. Bras. Enferm. , 62(2), p. 246-251, mar./abr. 2009.
8. Parto domiciliar	Cascavel/PR	Parto domiciliar	FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. Rev. Gaúcha Enferm. , 34(1), p. 22-29, mar. 2013.
9. Internação domiciliar	Londrina/PR	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde(SUS). Rev. Saúde Pública , 39(3), p. 391-397, jun. 2005. INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Rev. Eletrônica Enferm. , 11(4), dez. 2009.
10. Assistência domiciliar a doença crônica	Santa Maria/RS	Atenção básica	GARCIA, R. P. et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. , 16(2), p. 270-276, abr./jun. 2012.

Continua...

...Continuação

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
11. Serviço residencial terapêutico – saúde mental	Caicó/RN	Saúde mental	SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. , 15(3), p. 603-609, jul./set. 2011.
12. Assistência domiciliar	Salvador/BA	Intervenção específica	SILVA, S. L. B.; MUSSE, R. I. P.; NEMR, K. Assistência domiciliar na cidade de Salvador-BA: possibilidade de atuação fonoaudiológica em Motricidade Orofacial. Rev. Cefac , 11(1), p. 94-101, jan./mar.2009.
13. Programa de Internação Domiciliar e cuidados paliativos – Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	Pelotas/RS	Desospitalização	FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. Epidemiol. Serv. Saúde , 21(1), p. 69-78, jan./mar. 2012.
14. Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SIDHUSM)	Santa Maria/RS	Desospitalização	BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. Rev. Gaúch. Enferm. , 30(2), p. 206-213, jun. 2009.
15. Terapia de nutrição enteral domiciliar	Distrito Federal/DF	Intervenção específica	ZABAN, A. L. R. S.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no Distrito Federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. Comun. Ciênc. Saúde , 20(2), p. 143-150, abr./jun. 2009.
16. Programa de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (Padi) do Serviço Médico Rubens Brasil da Universidade Federal da Bahia (SMURB/UFBA)	Salvador/BA		MENEZES, M. R. et al. A violência doméstica contra o idoso identificada em um programa de assistência domiciliar: estudo de caso. Rev. Eletrônica Enferm. , 10(4), 2008.
17. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados	Porto Alegre/RS	Atenção básica	MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev. Esc Enf., USP , v. 43, n. 4, 2009.

Continua...

...Continuação

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
18. Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar	Marília/SP	Desospitalização	MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa Interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Rev Latino-am Enfermagem , 13(4), p. 555-561, jul./ago. 2005. SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública , 39(3), p. 391-397, jun. 2005.
19. Serviço de Internação Domiciliar	São Carlos/SP	Desospitalização	FIGUEIREDO, Rosely Moralez de; MAROLDI, Michely Aparecida Cardoso. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. Rev. Esc. Enferm., USP , São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012.
20. Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico (Pidi Oncológico)	Pelotas/RS (UFPel)	Desospitalização (cuidados paliativos)	ARRIEIRA, I. C. O. et al. Programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: metodologia de trabalho. Ciênc. Cuid. Saúde , 8 (supl), p. 104-109, dez. 2009.
21. Ventilação Mecânica Domiciliar – Hospital Auxiliar de Suzano	São Paulo/SP	Desospitalização	HANASHIRO, M. et al. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. J. Pediatría , Rio de Janeiro, 87(2), p. 145-149, mar./abr. 2011.
22. Programa de Internação Domiciliar (PID) HU em Casa do HUCF/Unimontes	Montes Claros/MG	Desospitalização	MARTELLI, D. R. B. et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Physis , Rio de Janeiro, 21(1), p. 147-157, 2011.
23. Programa de assistência domiciliar – Hospital São Sebastião Mártir	Venâncio Aires/RS	Desospitalização	MORSCH, P; BORDIN, R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, sul do Brasil. Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. , Rio Grande do Sul, 29(3), p. 200-204, 2009.
24. Programa de Assistência e Internação Domiciliar	Santos/SP	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública , 39(3), p. 391-397, jun. 2005.

Continua...

...Continuação

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
25. Programa de Internação Domiciliar do Hospital Antônio Bezerra de Faria	Vila Velha/ES	Desospitalização	STEFANON, L. C. A internação domiciliar no Hospital Antônio Bezerra de Faria: uma nova alternativa de atenção humanizada e suas consequências, sob a perspectiva dos cuidadores. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010. 112 p.
26. Centro de Fisioterapia Domiciliar	Rio de Janeiro/RJ	Intervenção específica	GÓIS, A. L. B. Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010. 113 p.
27. Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica	Contagem/MG	Intervenção específica	PARENTI, C. F. et al. Perfil dos pacientes com Aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. Epidemiol. Serv. Saúde , 14(2), p. 91-96, abr./jun. 2005.
28. Serviço de Assistência Domiciliar do Campo Limpo (SAD-CL)	Campo Limpo/SP	Intervenção específica	SANTOS, S. O.; TURCOTTE, S.; VIEIRA, L. Critérios de elegibilidade e plano mínimo de acompanhamento integrado no serviço de assistência domiciliar do Campo Limpo: relato de experiência. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2010. 9 p.
29. Programa de Internação Domiciliar Neonatal	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	LOPES, T. C.; MOTA, J. A. C.; COELHO, S. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no Sistema Único de Saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, Aug. 2007.
30. Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital São Francisco	Ribeirão Preto/SP	Desospitalização	FABRICIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enfermagem , v. 12, n. 5, Oct. 2004.
31. Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo	São Paulo/SP	Desospitalização	DIAS, M. H. M. S.; FONSECA, S. C. O serviço de assistência domiciliária: origem, funções e a inserção da odontogeriatria. Geriatrics & Gerontologia , 3(3), p. 138-145, 2009.
32. Equipes de Assistência Domiciliar (UAD) – Secretaria Municipal de Saúde	São Paulo/SP	Atenção básica	MARCUCCI, R. M. et al. A. Perfil dos usuários em assistência domiciliar no SUS: coordenadoria regional de saúde sul da cidade de São Paulo. [S.l.: s.n.]

Continua...

...Continuação

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
33. Serviço de Assistência Domiciliar e Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de Campo Limpo	São Paulo/SP	Integralidade	SANTOS, S. O. et al. FL7. Integração de serviços: estratégia para integralidade em Atenção Domiciliar. Acesso em: < http://sms.sp.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=423 >.
34. Programa de Assistência domiciliar do HU/USP	São Paulo/SP	Desospitalização	ANDREONI, S.; SILVA, S. H.; FERNANDES, R. A. Q. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. Rev. Med. HU-USP , 4, p. 77-85, 1994.
35. Serviço de Internação Domiciliar	Betim/MG	Desospitalização	SENA, R. R. et al. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. Rev. Bras. Enfermagem , Brasília, v. 53, n. 4, p. 544-554, 2000.
36. Ambulatório de Oxigenoterapia – Hospital São Paulo/ Unifesp	São Paulo/SP	Intervenção específica	CEDANO, S. et al. Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada. J. Bras. Pneumol. , São Paulo, v. 38, n. 3, p. 331-38, June 2012.
37. Programa de Oxigenioterapia Domiciliar – HU/Unicamp	Campinas/SP	Intervenção específica Desospitalização	GARCIA, E. A. L.; MEZZACAPPA, M. A.; PESSOTO, M. A. Programa de oxigenoterapia domiciliar para crianças egressas de uma unidade neonatal: relato da experiência de dez anos. Rev. Paul. Pediatr. , São Paulo, v. 28, n. 3, p. 276-282, Sept. 2010.
38. PAD vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Belo Horizonte/MG	Urgência	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
39. PAD e PID Hospital Odilon Behrens	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
40. PAD Hospital João Paulo II	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
41. PAD Hospital Julia Kubstichek	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.

Continua...

Conclusão

Experiência	Local	Tipo/classificação	Fonte
42. PAD Hospital Eduardo de Menezes	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
43. PAD Hospital João XXIII	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
44. PID Hospital das Clínicas	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. Rev. de Saúde Pública , São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.
45. Internação domiciliar, cuidados paliativos e atenção domiciliar para pacientes com AIDS	Londrina/PR	Desospitalização	SILVA, K. L. et al. Atención Domiciliaria en Brasil. SIICsalud , Buenos Aires, v. 18, p. 1, 2007.
46. Projeto Saúde em Casa – PSC Assistência e Internação Domiciliar	Manaus/AM	Atenção básica	SILVA, K. L. et al. Atención Domiciliaria en Brasil. SIICsalud , Buenos Aires, v. 18, p. 1, 2007.
47. Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira – Cuidados Paliativos e Crianças Dependentes de Tecnologia	Rio de Janeiro/RJ	Desospitalização	MENDES, R. A. G. C. S. Programa de assistência domiciliar interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira: limites e possibilidades na construção de uma prática Integral no cuidado à criança dependente de Tecnologia. Disponível em: < http://www.bvsam.iciet.fiocruz.br/teses/ragcsmendes.pdf >. Acesso em: 23 maio 2013. RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia Ciênc. Saúde Coletiva , 15(2), p. 379-388, mar. 2010.
48. Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave do Hospital IPSEMG	Belo Horizonte/MG	Desospitalização	CHAVES, M. O cuidado domiciliar no programa de atenção ao paciente crônico grave no hospital IPSEMG. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, 2004.

Fonte: Seixas e cols., 2013.

Os achados da revisão da literatura apontam que a Atenção Domiciliar no Brasil é uma modalidade com diferentes ofertas, desde programas organizados por condições/agravos específicos a propostas mais abrangentes e com públicos variados. Identifica-se também uma tendência de diversificação na oferta das ações ou dos programas de Atenção Domiciliar, desde os programas destinados a cuidados procedimentais no domicílio e programas que assistem a pacientes com patologias ou agravos crônicos até programas que oferecem cuidados paliativos.

Devemos destacar que a revisão de literatura apresenta um limite importante para a análise das experiências, uma vez que somente alguns dos serviços do país tiveram seus resultados ou relatos publicados em periódicos ou outras fontes científicas que permitissem sua indexação nas bases de dados consultadas.

Mesmo sabendo desse limite, observa-se uma concentração de estudos que retratam serviços nas Regiões Sudeste e Sul do país, com experiências sistematizadas e reconhecidas no campo da formulação de políticas, entretanto há poucos relatos de serviços de Atenção Domiciliar nas demais regiões do Brasil.

Em alguns municípios, há serviços vinculados a diferentes instituições, reforçando a necessidade de se estabelecer mecanismos de gestão compartilhada, capazes de integrar os distintos serviços na construção de uma rede de cuidados, pensando-se na territorialidade e na construção da lógica da substitutividade. Apenas nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, foi possível identificar esse movimento de integração.

Os achados permitem concluir que a Atenção Domiciliar no Brasil tem sido implantada primordialmente como estratégia para desospitalização, como justificativa para reduzir o elevado custo da assistência.

A busca por respostas, nas últimas décadas, para os elevados gastos sociais com a atenção hospitalar e os insatisfatórios indicadores de qualidade de saúde das populações são desencadeadores da oferta de serviços de atenção domiciliar. As altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia são os responsáveis pelos altos custos da atenção hospitalar. A manutenção da assistência centrada no hospital acaba por gerar, além da superlotação destes – ocupados, principalmente, por pessoas idosas

com doenças crônico-degenerativas –, uma elevação dos custos da assistência à saúde e exposição do paciente a riscos, comprometendo a qualidade de vida e de saúde¹.

Assim, uma demanda do SUS é aliviar a carência de leitos nos serviços públicos sem interromper os cuidados prestados. Para isso, a desospitalização é alternativa para pacientes que podem ser cuidados no domicílio, quando estes já não são de alta complexidade e, sim, de alta dependência⁵.

A lógica da desospitalização se expressa, nos estudos analisados, a partir das demandas advindas de instituições hospitalares, predominantemente, e demandas advindas de unidades de pronto atendimento, no caso das propostas implantadas no município de Belo Horizonte (MG).

A Atenção Domiciliar como alternativa assistencial na extensão de cobertura – oferta oportuna no modelo de atenção à condição crônica e substitutividade – deveria ocorrer também por modelagens ou tipologias de serviços localizados na atenção básica, cuja entrada nos serviços fosse determinada pela gestão das condições de saúde das populações, com delimitações por territórios, tal como as experiências observadas no Canadá e em propostas que adotam o gerenciamento de risco como orientador do cuidado para o total da população. Essa abertura criaria uma oportunidade para a Atenção Domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa de eleição para certos tipos de situações clínicas, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva.

Ademais, a distribuição por serviços, adotando-se a territorialidade como princípio organizativo, apresenta-se como importante possibilidade de avanço na articulação necessária da Atenção Domiciliar na rede de atenção à saúde, em especial com as equipes de atenção básica.

Foi possível apreender que a modalidade de cuidados prolongados, no contexto do envelhecimento populacional, aparece como opção assistencial para cuidado mais qualificado a usuários com dependência funcional, tais como portadores de Alzheimer; portadores de sequelas de traumatismos cranioencefálicos ou de acidente vascular cerebral, com ou sem restrição ao leito; diabéticos; hipertensos; portadores de insuficiência coronariana grave; insuficiência cardíaca; doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras condições crônicas. Além disso, atende a crianças com histórico de longa permanência em instituições hospitalares, com comprometimentos neurológicos ou

portadores de síndromes – com estabilidade clínica, mas que demandam alguma tecnologia, tais como sonda nasoentérica, gastrostomia ou traqueostomia.

Já em relação aos serviços organizados por procedimentos/intervenções específicas, a maioria utiliza-se da visita domiciliar para prestar assistência por curtos períodos de tempo, geralmente em situações agudas, para conclusão de terapêutica ou reabilitação, mas também com propostas mais prolongadas com uso intensivo de tecnologias, como ventilação mecânica domiciliar, cuidados paliativos e nutrição enteral domiciliar.

Importa ressaltar que a garantia de acesso aos programas de Atenção Domiciliar depende da forma de captação dos usuários e dos protocolos ou outras ferramentas implantadas e que permitam uma avaliação da elegibilidade para o cuidado no domicílio.

Há pelo menos quatro formas encontradas na literatura de captar os usuários para esse processo: 1) busca ativa com captação, majoritariamente, em nível hospitalar, a partir de diferentes profissionais (principalmente enfermeiros, médicos e assistentes sociais, que avaliam e indicam a inclusão nos programas), seguida da avaliação das equipes de Atenção Domiciliar quanto à adequação das demandas do usuário com a proposta dos programas; 2) busca no sistema eletrônico de pacientes com alta permanência nas unidades de internação ou de grande procura pelos serviços de urgência; 3) indicação da equipe de assistência nas unidades de internação ou pelas equipes de atenção básica; e 4) demanda espontânea em situações agudizadas, por meio de contatos telefônicos com os serviços de saúde. Esta última alternativa foi identificada, no Brasil, exclusivamente nos serviços privados⁶, prevalecendo a captação por busca ativa e indicação das equipes de assistência.

Esse achado está diretamente relacionado ao modo prevalente em que a Atenção Domiciliar se configura no Brasil, ou seja, como resposta aos altos custos da assistência hospitalar e dos serviços de urgência e emergência. Identifica-se, ainda, que as demandas de Atenção Domiciliar pelas equipes de atenção básica respondem à necessidade de intervenções mais complexas e contínuas que o habitual modo como essas equipes prestam o cuidado no domicílio.

Uma vez que a continuidade e a integralidade da assistência só podem ser obtidas por meio da garantia de acesso seguro às tecnologias necessárias ao cuidado, desde a atenção básica até os mais complexos níveis de atenção, a resolubilidade do cuidado integral perpassa pela necessidade de se alcançar a conexão de serviços, que

são possuidores de distintas tecnologias de saúde nas redes assistenciais. A discussão deve incluir o movimento de integração dos serviços de Atenção Domiciliar com as equipes de atenção básica e a pactuação de responsabilidades dos programas no atendimento às necessidades do usuário. Nesse sentido, os mecanismos de entrada, a articulação durante a permanência e a continuidade após a alta da Atenção Domiciliar são elementos que refletem no êxito da Atenção Domiciliar como estratégia da gestão municipal, como parte da garantia de integralidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, os resultados dos estudos analisados indicam que a implantação da Atenção Domiciliar em suas diversas modalidades e modelagens deve ser precedida por decisão político-institucional, no sentido de assumi-la como estratégia da gestão municipal na organização tecnoassistencial em saúde no município, objetivando, simultaneamente, a desospitalização (melhor aproveitamento dos leitos existentes e contenção de gastos) e a humanização do cuidado.

Outro elemento a ser considerado na Atenção Domiciliar como estratégia de gestão municipal refere-se ao *lugar* que essa modalidade assume nos serviços. De modo geral, sua localização no interior das instituições hospitalares favorece a desospitalização, contudo limita sua capacidade de absorver outras demandas que não as internas e, com isso, diminui seu potencial de impactar o modelo assistencial.

Referências

¹MENDES JR., W. V. **Assistência domiciliar**: uma modalidade de assistência para Brasil. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto e Medicina Social, 2000.

²SILV A, K. L. et al. Atención Domiciliaria en Brasil. **SIICsalud**, Buenos Aires, v. 18, p. 1, 2007.

³GONZÁLEZ, C. O. **A Atenção Domiciliar em pediatria e a mãe cuidadora**: o Programa de Atenção Domiciliar do Hospital das Clínicas da UFMG. 2004. Mestrado (Dissertação) – Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente, Belo Horizonte, 2004.

⁴MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa Interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 555-561, jul./ago. 2005.

⁵NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

⁶SENA, R. R. et al. **Atenção Domiciliar na saúde suplementar**: cartografias de gestão e cuidado. 2010. Relatório de pesquisa – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIÇÕES PARA O CASO BRASILEIRO

Nas experiências internacionais e nas de serviços privados, o gerenciamento de casos crônicos (GCC) apresenta-se como uma estratégia de organização da assistência, na qual há o planejamento, a implementação, a coordenação, o monitoramento e a avaliação de opções de serviços, de acordo com as necessidades de saúde de uma pessoa, por meio de recursos disponíveis e de comunicação para promover resultados de custo efetivos e de qualidade¹.

Um estudo realizado em Andaluzia (Espanha) revelou que o modelo de gerenciamento de crônicos, especialmente com a tecnologia de gestão de casos na coordenação e integração da atenção domiciliar, agiliza o acesso aos serviços e recursos de saúde, impacta positivamente na capacidade funcional dos pacientes, diminui a sobrecarga do cuidador e aumenta os níveis de satisfação com a assistência prestada².

Essa modalidade ainda não é apresentada como opção nos serviços públicos de Atenção Domiciliar no Brasil, segundo a literatura consultada, o que poderia representar uma inovação tecnológica no campo, uma vez que, a longo prazo, o custo-efetividade da Atenção Domiciliar se revela na diminuição dos índices de reinternação, no aumento da independência dos pacientes, bem como sua satisfação e dos seus familiares com a assistência recebida. Nessa modalidade, o cuidado por longos prazos permite uma relação mais intensa e próxima entre a equipe, a família e o paciente, o que configura novo agir em saúde rumo à transição tecnológica¹.

Outra modalidade que se pode discernir nas experiências internacionais diz respeito ao monitoramento telefônico. Nessa forma de atenção domiciliar, o paciente e/ou o cuidador têm acesso à equipe assistencial por meio telefônico, permitindo-lhe tirar dúvidas quanto a medicamentos e até mesmo avisar prontamente sobre intercorrências, evitando, por exemplo, que o usuário seja encaminhado desnecessariamente ao pronto atendimento. Assim, o uso de tecnologias da informação serve tanto para telemonitoramento e educação em saúde para o autocuidado, quanto para transferência de dados vitais por telefone.

Em Barcelona, por exemplo, há um Hospital Virtual (Arm I) para pacientes com HIV/Aids que oferece quatro serviços principais: consultas virtuais, telefarmácia, biblioteca virtual e comunidade virtual. Outra experiência refere-se ao monitoramento da espirometria realizado de forma remota com pacientes pós-transplantados de pulmão, cuja transferência de dados ocorre por telefones celulares equipados com *bluetooth*, para uma base de dados capaz de gerar mensagens de alarme. Esse modelo, comparado com o modo tradicional de acompanhamento de espirometria em ambulatórios de referência, gerou menos ansiedade nos pacientes.

O monitoramento telefônico, nas experiências internacionais, já não se configura mais como um *novo* recurso para a assistência, uma vez que grande parte dos serviços identificados utiliza-se desse meio para educação em saúde, diagnóstico, intervenções e na perspectiva da continuidade do cuidado.

As experiências internacionais também demonstram a preocupação com as famílias e, sobretudo, com o cuidador, inclusive com políticas específicas, uma vez que os achados demonstram que o cuidado domiciliar impacta no cotidiano das famílias, ao mudar a rotina da casa, gerar gastos financeiros importantes e aumentar a sobrecarga de cuidado, além de provocar desgaste físico e emocional, quando as redes de apoio são insuficientes. Além disso, há cuidados específicos para os quais os cuidadores precisam ser treinados e capacitados para assistir ao paciente adequadamente³ e que, quando há falhas na orientação, também geram insegurança e estresse emocional. Assim, a partir desse contexto da alta hospitalar, identifica-se a necessidade de ferramentas que auxiliem o processo de adaptação da família para o cuidado no domicílio, como elaboração de um protocolo clínico de cuidados compartilhados, manuseio de medicamentos e materiais de consumo que serão utilizados, horários, hábitos de vida que deverão ser adotados e implicações para a saúde do paciente.

Nesse sentido, um passo importante para Atenção Domiciliar, indicativo do seu caráter inovador, refere-se à superação da oferta da AD apenas como um componente de racionalização de custos. É preciso criar normas que regulamentem a transferência para a família da responsabilidade pela prestação dos cuidados e da aquisição de insumos e equipamentos, ainda que sejam visíveis os benefícios do retorno do paciente para o convívio familiar em relação à sua qualidade de vida e à sua segurança. No caso brasileiro, diante dos princípios e das diretrizes que conformam nosso sistema de seguridade social na saúde, a responsabilidade do

Estado com atenção universal, integral e resolutividade da saúde da população inclui necessariamente o cuidado domiciliar.

Apoiado nessa premissa, vale a pena reforçar que uma lição importante a ser aprendida para a Atenção Domiciliar no Brasil é sua função nos modelos de prestação de atenção para além da desospitalização, uma vez que podem apresentar potencial custo efetivo e de qualificação do cuidado na prevenção de internações; como portas de entrada e saída das urgências; na ampliação e complexificação da atenção básica; no cuidado a agravos e doenças crônicas de longa duração e na reabilitação, além de outras condições. Nesse último, destacam-se as experiências internacionais de partos domiciliares e cuidados a recém-nascidos como alternativa de humanização do cuidado e fortalecimento da atenção integral à saúde da mulher e da criança.

Conclui-se que a organização de serviços com foco no domicílio não é uma prática recente, mas que vem se expandindo e se conformando em novos formatos, porém comporta desafios no que se refere à definição das lógicas que orientam essa modalidade de cuidado, ao lugar ocupado pelo cuidado domiciliar (organizado institucionalmente como atenção domiciliar) na rede de cuidados em saúde e aos mecanismos de sustentabilidade da produção de ações em saúde em espaços que originalmente não as comportavam. Nesse último, situa-se o desafio de incorporar ao cuidado domiciliar os custos transferidos pelas instituições às famílias, a destinação dos resíduos gerados, a conformação de redes de apoio social.

Especialmente para a gestão, é fundamental conhecer a oferta de serviços existentes e a demanda real e potencial para implantação da atenção domiciliar, diante da diversidade de modelagens e organizações que essa modalidade tem assumido.

Referências

¹SILV A, K. L. et al. Serviços de Atenção Domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 408-14, [19--?].

²MORALES-ASENCIO, J. M. et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 8, p. 193, [19--?].

³CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, [S.l.], v. 58, n. 6, p. 647-652, nov./dez. 2005.

Bibliografia complementar

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006.

AGUADO, O. et al. **Long-term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure**, [S.l.], v. 39, p. S14-22, 2010. Suppl. 6.

AKINCI, A. C.; OLGUN, N. The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. *Rehabilitation nursing: the official. Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 159-165, 2011.

AKSU, H.; KUÇUK, M.; DUZQUN, G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. **The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 354-361, Feb. 2011.

ALZHEIMER EUROPE. **Home Care in Europe: country comparisons**. Disponível em: <www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/>. Acesso em: 5 jun. 2013.

ARANZANA, A.; CEGRI, F. Home care program structure. In: HOME care guidebook. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.

ARGENTINA. Ministerio de Desarrollo Social. **Cuidadores domiciliarios**. Buenos Aires, 2013. Disponível em: <www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002. p.1.

BRASIL. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998. Seção 1, p. 106.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 2.029/2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2011.

BROOTEN, D. et al. A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs. **The American Journal Of Managed Care**, [S.l.], v. 7, n. 8, p. 793-803. 2001.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. 111 f., 2009. Dissertação (Mestrado) – UFRJ/Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, [S.l.], v. 58, n. 6, p. 647-652, nov./dez. 2005.

CHCA. **Portraits of Home care in Canada 2013**. Mississauga: CHCA National Office, 2013.

CHILE. **Proceso nº 09-11-206769. 2009**. Disponível em: <www.contratos.gov.co/archivospuc1/2009/da/124004000/09-11-206769/DA_PROCESO_09-11-206769_124004000_1105497.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Política Nacional de Internação Domiciliar**. Brasília: Conass, 2006.

DELANEY, C.; APOSTOLIDIS, B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. E27-40, 2010.

DONELAN, K. et al. Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. **Health Affairs**, [S.l.], v. 21, p. 222-231, 2002.

EL NORTERO. **Antofagasta cuenta con programa de atención domiciliaria único en Chile**. 2011. Disponível em: <<http://www.elnortero.cl/noticia/sociedad/antofagasta-cuenta-con-programa-de-atencion-domiciliaria-unico-en-chile>>. Acesso em: 6 jun. 2013.

ELLIOTT, D. et al. Health-related quality of life and physical recovery after a critical illness: a multi-centre randomised controlled trial of a home-based physical rehabilitation program. **Critical Care**, London, England, v. 15, n. 3, p. R142, 2011.

EUROSTAT. **Europe in figures: Eurostat yearbook 2011**. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2011.

FOOTE, C.; STANNERS, C. (Ed). **Integrating care for older people. New care for old: a systems approach**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

GERSON, L. W.; COLINS, J. F. A randomized controlled trial of home care: clinical outcome for five surgical procedures. **Canadian Journal of Surgery**, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 513-526, [19--].

GONZÁLEZ, C. O. **A Atenção Domiciliar em pediatria e a mãe cuidadora: o Programa de Atenção Domiciliar do Hospital das Clínicas da UFMG**. Mestrado (Dissertação) – Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente, Belo Horizonte, 2004.

HOSPITAL LA VICTORIA. **Guia de Atención Domiciliaria**. 2011. Disponível em: <http://www.esvictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/HOSPITALIZACION/HOSPITALIZACION%20DOMICILIARIA/ATENCION%20DOMICILIARIA.pdf>. Acesso em: 8. jun. 2013.

IBGE. **Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>

- estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/indic_sociais2007.pdf>. Acesso em: maio 2013.
- KEMP, L. et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 96, n. 6, p. 533-540, 2011.
- KLU G, G. et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, [S.l.], v. 197, n. 6, p. 463-467, 2010.
- LAMURA, G.; POLVERINI, F. **East to west: the migration of informal caregivers**. Washington, DC: AARP International, 2005.
- MENDES, E. V. Os modelos de atenção à saúde. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Cap. 3. p. 209-292.
- MENDES JR., W. V. **Assistência Domiciliar: uma modalidade de assistência para Brasil** Dissertação (Mestrado em Medicina)—Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2000.
- MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa Interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 555-561, jul./ago. 2005.
- MORALES-ASENCIO, J. M. et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 8, p. 193, [19--?].
- MOTA, J. A. C.; SILVA, K. L.; LO PES, T. C. Cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e serviço. **Olho Mágico**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 132-141, out./dez, 2005.
- MUNZ, I. et al. Comparison of “home treatment” with traditional inpatient treatment in a mental hospital in rural southern Germany. **Psychiatrische Praxis**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 123-128, 2011.
- NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.
- NIES, H.; BERMAN, P. C. **Integrating services for older people: a resource book for managers**. Dublin: European Health Management Association, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Solid Facts: Home Care in Europe**. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- _____. Les principales causes de décès dans le monde, 2008. **Aide-Mémoire**, n. 310, jun. 2011.
- PARKER, S. G. et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. Clinical outcomes. **Age and Ageing**, [S.l.], v. 40, n. 5, p. 557-562, 2011.
- PERROCA, M. G.; EK, A. C. Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 851-858, nov./dez. 2004.

RREHEM, T. C. M. S. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Trad LAB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. Suplemento.

SANTÉ CANADA. **Soins à domicile et soins continus**. 2010. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-fra.php>>. Acesso em: 20 maio 2013.

SENA, R. R. et al. **Atenção Domiciliar na saúde suplementar**: cartografias de gestão e cuidado. 2010. Relatório de pesquisa – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SHEPERD S, Lliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. **Cochrane Database Syst. Rev.**, (1), CD000356, 2009.

SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 165-175, 2010.

_____. Atención Domiciliaria en Brasil. **SIICsalud**, Buenos Aires, v. 18, p. 1, 2007.

_____. Serviços de Atenção Domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 408-414, [19--?].

SPITTLE, A. J. Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. **Pediatrics**, [S.l.], v. 126, n. 1, p. 171-178, 2010.

SRITIPSUKHO, P. et al. Cost-effectiveness analysis of home rehabilitation programs for Thai stroke patients. **Journal of the Medical Association of Thailand**, [S.l.], v. 93, p. S262-270, 2010. Suppl. 7.

STILWEL, B. et al. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 82, n. 8, p. 595-600, August 2004.

STONE, R. Long-term care workforce shortages: impact on families. In: THE SOLID Facts: home care in Europe. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.

SZEBEHELY, M.; TRYDEGÅRD, G. B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. **Health Soc Care Community**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 300-309, May 2012.

VLASBLOM, J. D.; SCHIPPERS, J. J. Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences. **European Journal of Population**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 375-392, 2004.

ZIDÉN, L.; KREUTER, M.; FRÄNDIN, K. Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. **Disability and Rehabilitation**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 18-32, 2010.

PARTE II – EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR*



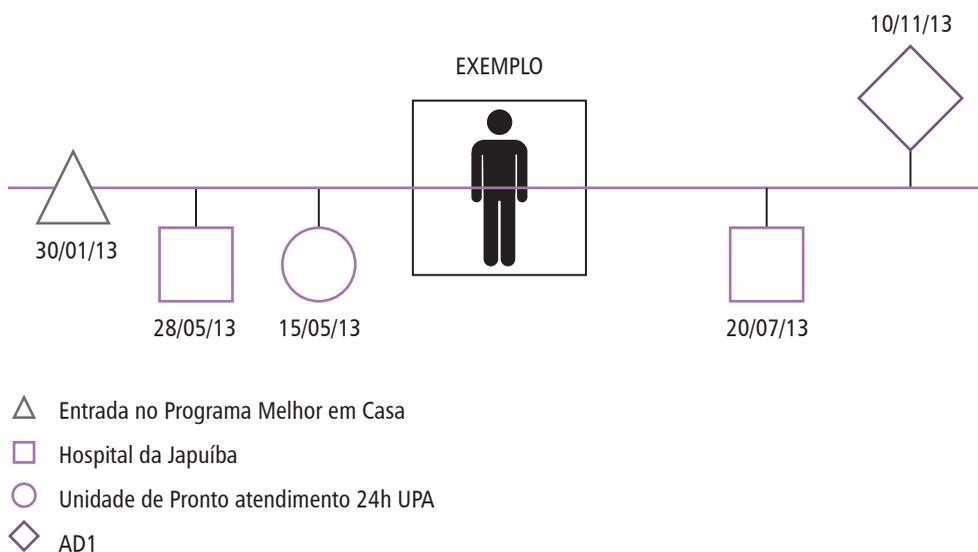
Divulgação/GHC

*Selecionadas pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar OPAS/OMS Brasil e Ministério da Saúde.

ANGRA DOS REIS-RJ

NO MUNICÍPIO FLUMINENSE, A EQUIPE DE AD ADOTOU O GRÁFICO INDIVIDUAL DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO (GRITE), QUE DEMONSTRA, DE FORMA RÁPIDA, AS INTERCORRÊNCIAS E REINTERNAÇÕES DO PACIENTE E O PERCURSO DELE NA REDE DE ATENÇÃO. ALÉM DE FACILITAR O CUIDADO AO PACIENTE, A FERRAMENTA TAMBÉM PODE AUXILIAR NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES NOS DIVERSOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO.

Figura 1 – Gráfico Individual de Itinerário Terapêutico (Grite)



Exemplo: J. P. C, masc., 47 anos, pedreiro, sofreu politraumatismo após acidente automobilístico em 12 de janeiro de 2013, apresentando fratura de úmero D e bacia + trauma torácico. Foi submetido à traqueostomia (TQT). O paciente foi encaminhado para o Programa Melhor em Casa em 30 de janeiro de 2013, sendo inserido na modalidade AD2. Em 28 de maio de 2013, foi encaminhado ao Hospital Municipal da Japuíba para desbridamento cirúrgico de escara sacral, permanecendo internado por 48 horas. Em 15 de junho de 2013, apresentou quadro febril + ITU, tendo sido levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde foi medicado e liberado no mesmo dia. Em 20 de julho de 2013, foi reinternado no Hospital Municipal da Japuíba com quadro de pneumonia bacteriana, permanecendo internado por 72 horas. Evoluiu, a partir daí, satisfatoriamente, apresentando cicatrização completa da TQT, deambulação com auxílio e alimentação espontânea. Foi então referenciado em 10 de novembro de 2013 para AD1, passando a ser assistido pela ESF próxima à sua residência.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis-RJ.

Angra dos Reis-RJ

As equipes de Atenção Domiciliar do município de Angra dos Reis (RJ) ainda nem estavam habilitadas junto ao Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, e os profissionais do serviço já tinham o que mostrar. No início deste ano, eles enviaram para o Laboratório de Inovação em Atenção do Domiciliar o Gráfico Individual de Itinerário Terapêutico, o Grite, que tem por objetivo auxiliar na avaliação dos pacientes, ao demonstrar visualmente a frequência com que o paciente tem tido pioras ou intercorrências e traçar o caminho por ele trilhado na rede de saúde do município.

O segredo do material desenvolvido é que o gráfico pode levar a uma interpretação mais rápida sobre a evolução do paciente, ao mostrar com rapidez quando aconteceram intercorrências, se houve internação e a que unidades de saúde a família recorreu em busca de atendimento. Isso faz com que o Grite seja mais que uma ferramenta para aprimorar a assistência dada à população, mas serve também como ferramenta de gestão, ao demonstrar os locais de atendimento e o seu desfecho.

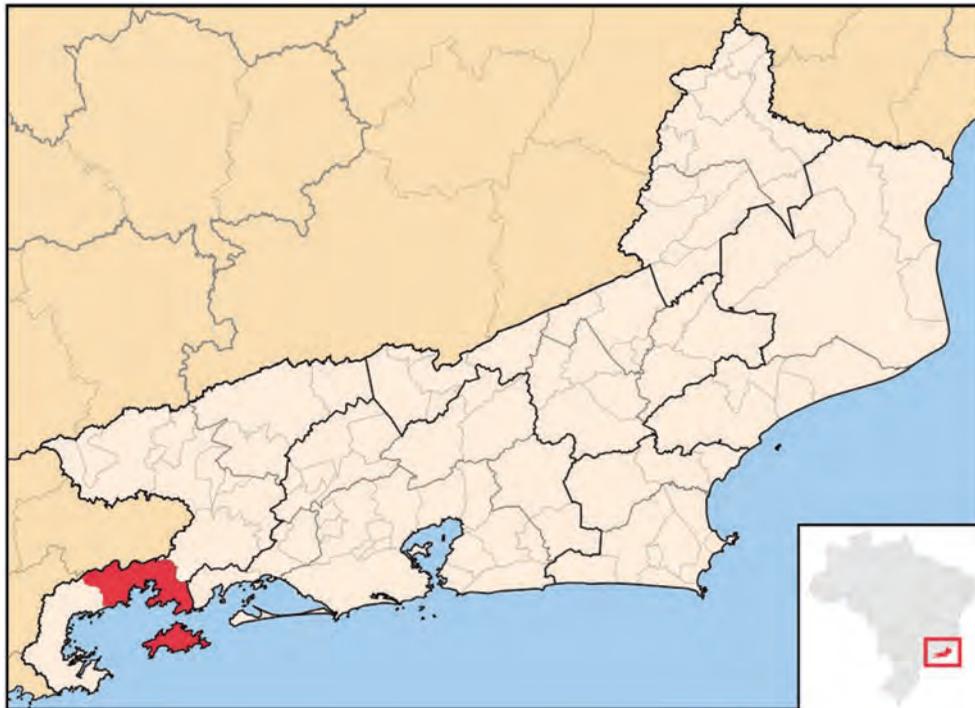
“Se ele fica abaixo da linha de base, é porque teve uma piora, então, se o paciente tem muitas descidas nessa linha, é um sinal de alerta, de que o paciente é instável e que talvez precise de um tempo maior de internação”, explica o médico Alexandre Lisboa, que coordena o novo serviço. Segundo ele, as pioras visualizadas com rapidez também ajudam na decisão de redefinir o projeto terapêutico dos que estão mais vulneráveis.

A necessidade de criar o Grite surgiu a partir de demandas locais que estão relacionadas não só à população, como também às características geográficas e à rede de saúde existente no município – e pela consciência do papel da Atenção Domiciliar como articulador da rede.

“Se ele fica abaixo da linha de base, é porque teve uma piora, então, se o paciente tem muitas descidas nessa linha, é um sinal de alerta, de que o paciente é instável e que talvez precise de um tempo maior de internação”.

Alexandre Lisboa, médico

Figura 2 – Angra dos Reis e sua rede de saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis-RJ.

Angra dos Reis conta com cerca de 170 mil habitantes, distribuídos em um território de 130 km de extensão à beira-mar. O município fica encravado entre o mar e a montanha e conta ainda com uma série de ilhas com população residente – das quais a maior é a Ilha Grande, onde fica o povoado de Vila Abrão.

Quando se pensa em Angra dos Reis, a primeira imagem que vem à mente é a de casas e iates luxuosos, mas como bem definiu a fisioterapeuta Renata Muniz, do novo serviço de atenção domiciliar, *“em Angra, o mar é dos ricos e a terra é dos pobres”*. O município conta com uma concentração urbana na área central, com muitas residências precárias em morros e encostas, e muitos outros bairros isolados distribuídos ao longo da Rio-Santos, rodovia que é a única ligação entre estas localidades.

Há ainda a população rural que vive na serra, inclusive comunidades remanescentes de quilombos.

Essas características fazem com que a atenção básica tenha papel até mais estratégico que em muitos outros municípios brasileiros. *“Pela base de dados nacional, temos aproximadamente 80% de cobertura de Saúde da Família, mas se levamos em conta nossas características, essa cobertura, na prática, é de 60%, com os outros 40% atendidos por unidades básicas de saúde”*, explica o secretário de Saúde do município, Carlos Vasconcelos.

Seguindo a dinâmica populacional, as unidades de atenção básica são pulverizadas, e o plano do gestor municipal para vencer as dificuldades de acesso e de comunicação entre elas passa pela tecnologia. *“Temos um plano de informatização que vem junto com as iniciativas do governo federal, com o e-SUS e da conectividade que será possibilitada pelo Plano Nacional de Banda Larga”*, detalha Vasconcelos.

A partir da informatização das unidades, inclusive as muito pequenas e afastadas, o plano é implantar o prontuário eletrônico na rede municipal e, por consequência, potencializar o sistema de regulação na rede. *“Com um melhor sistema de agendamento e de referência, vamos poder fortalecer os núcleos de Saúde da Família e também a Atenção Domiciliar e, assim, ter uma melhor integração entre os serviços”*, avalia o secretário municipal.

Essas características geográficas e populacionais também fazem com que o transporte para a saúde precise ser multimodal. Para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), por exemplo, o município adquiriu, em 2013, uma ambulância, para atendimento de emergências nas ilhas, e veículos com tração nas quatro rodas, para conseguir chegar até comunidades mais distantes da zona rural.

“Pela base de dados nacional, temos aproximadamente 80% de cobertura de Saúde da Família, mas se levamos em conta nossas características, essa cobertura, na prática, é de 60%, com os outros 40% atendidos por unidades básicas de saúde”.

Carlos Vasconcelos,
Secretário de Saúde de
Angra dos Reis

Por estar distante de outros centros urbanos e tendo como única ligação terrestre a acidentada Rio-Santos, o município tem que dispor de todas as modalidades de atenção. Referência regional, o município conta com uma rede de três hospitais, na Praia Brava, localidade próxima à divisa com Paraty, na Japuíba, bairro à margem da Rio-Santos, e a Santa Casa de Misericórdia, no centro do município.

O território está dividido em cinco distritos sanitários, sendo um deles não continental, na Ilha Grande. O orçamento anual da saúde no município, segundo o secretário municipal, é de R\$ 200 milhões, sendo R\$ 40 milhões em recursos federais, R\$ 5 milhões de repasse estadual e o restante de orçamento próprio.

A origem da Atenção Domiciliar no município

As primeiras experiências em Atenção Domiciliar em Angra dos Reis começou em 2004, quando foi criada uma equipe de apoio da Saúde da Família. Com muitos pacientes com sequelas de acidentes, boa parte deles ocorridos na Rio-Santos, a rede do município também contava com a Associação dos Deficientes Físicos de Angra dos Reis (Adefar) para atender no domicílio aos pacientes com dificuldade de locomoção, especialmente crianças.

Em 2009, foi criado o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) no município, que absorveu a equipe de apoio da Saúde da Família, formada principalmente por fisioterapeutas, que era a maior demanda dos pacientes atendidos nos domicílios.

A partir de outubro de 2011, o médico Alexandre Lisboa passou a atender aos pacientes acamados que moravam em áreas não cobertas pela estratégia de saúde da família ou nos territórios das unidades que estavam sem médicos há mais de 90 dias. Em um ano, ele acompanhou 60 pacientes em seus domicílios.

A habilitação junto ao Programa Melhor em Casa veio em 4 de junho de 2013. A princípio, as equipes – uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad), uma Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap) e uma segunda Emad em estruturação – ficam concentradas na sede da Fundação de Saúde de Angra dos Reis (Fusar), no centro.

Os profissionais do novo serviço de Atenção Domiciliar passaram o primeiro semestre de 2013 apresentando o serviço aos profissionais das unidades hospitalares,

rede de urgência e emergência e também aos responsáveis pela atenção básica, mas logo perceberam que o esclarecimento sobre o programa deveria ser uma atividade permanente das equipes de atenção domiciliar. *“A gente conversa com todo mundo e, quando termina, o primeiro já esqueceu, e tem que começar tudo de novo”*, conta o médico.

Já pensando em criar no município uma espécie de cultura da Atenção Domiciliar, os profissionais do serviço já estão planejando a criação do Dia AD, a ser lembrado no mesmo 4 de junho em que o serviço foi habilitado no Melhor em Casa. *“Vamos pedir à Câmara dos Vereadores para criar a data, que será um dia em que Angra vai estar conversando, pensando, sobre a AD”*, planeja Lisboa.

Já começaram a desenvolver ações voltadas aos cuidadores, como a cartilha, que está em processo de elaboração. Pensando na sobrecarga física e emocional do dia a dia dos cuidadores, já está nos planos também a criação do Dia do Alívio, um dia em que alguém cuida do paciente, para que o cuidador possa aproveitar as atividades, inclusive recreativas, propostas pela equipe da AD. Além do Dia do Alívio, querem implantar na sede do serviço uma sala de acolhimento para os cuidadores, um local em que possam ser ofertados treinamentos e também que funcionem como *um espaço de acolhimento das angústias do cuidador*.

Funcionamento do serviço

Em meados de 2013, os profissionais enfrentavam problemas com o transporte até a casa dos pacientes. Em início de gestão, a secretaria municipal estava renovando contratos com prestadores desse tipo de serviço e, segundo o secretário de Saúde, o serviço poderia contar com dois veículos de sete lugares antes do fim do ano. A opção continua sendo por transporte terceirizado, o que facilita a reposição do veículo em caso de falha mecânica ou outros problemas.

A distribuição pulverizada dos pacientes no território do município faz com que as equipes centralizadas tentem compensar as distâncias, programando todas as visitas da jornada em um mesmo bairro. Para ir do centro ao Parque Mambucaba, na divisa com Paraty, por exemplo, é preciso percorrer cerca de 50 km pela Rio-Santos. Para ir até à Ilha Grande, leva-se 1h30 em barco a motor.

Recém-implantado, o serviço já contava com formulário próprio para encaminhamento de pacientes, mas, a princípio, recebiam pedidos até por telefone, porque não são todas as unidades que dispõem de acesso à internet e o próprio serviço de AD recebeu um computador apenas pouco mais de um mês após a habilitação das equipes. *“Independente da forma de encaminhamento do pedido, nós fazemos a visita de avaliação”*, explica Lisboa.

Nessa primeira visita, preenchem uma ficha de avaliação, em que constam informações como sinais vitais, medicamentos já prescritos, um histórico do paciente, seguido de uma classificação (entre AD1, AD2 e AD3) e justificativa para admissão ou não no serviço. Se o paciente é AD1, a equipe visitante orienta a família sobre as possibilidades de atendimento na atenção básica.

Como praticamente em todo o país, a atenção básica de Angra também tem dificuldades em fixar profissionais médicos nas unidades, o que, para os profissionais da AD, criou uma cultura de que *“lá no postinho nunca tem médico”*, especialmente porque, segundo o gestor local, quase metade das equipes de Saúde da Família estava mesmo sem médicos até o ano passado. *“Mas muitas vezes ouvimos os pacientes ou os familiares falarem de um local em que sabemos que tem médico, é uma coisa cultural mesmo, histórica, que a gente tem que ajudar a desconstruir”*, avalia Lisboa.

Essa cultura arraigada na população, junto às dificuldades da atenção básica com profissionais e também com transporte, representa as principais dificuldades de encaminhamento dos pacientes para a atenção básica, quando são classificados como AD1. *“Se não desconstruímos esta visão da população, vamos ficar com um monte de pacientes AD1 e não tendo como atender os que são AD2 e AD3”*, reconhece o coordenador do serviço.

Perfil dos pacientes

Em um município que conta com 272 cidadãos acamados, 869 pessoas com deficiência e 30 ostomizados, o serviço recém-implantado já contava com 120 pacientes em meados de 2013. São muitos pacientes com sequelas de acidentes ou neurológicos, como o marceneiro José Patrício, que sobreviveu ao segundo acidente vascular cerebral, ocorrido em abril de 2013.

A existência de uma equipe para prestar cuidados no domicílio representou um alívio para a esposa, Léa. Afinal de contas, ele passou 55 dias internado, sendo 35 deles na unidade de terapia intensiva (UTI) da Santa Casa. *“Ficar no hospital é uma barra, fiquei até meio anestesiada, por isso que, na hora de sair, nem pensei nas dificuldades”*, conta. Ela contou com a ajuda dos filhos, um deles profissional da área de saúde, para os cuidados nos primeiros dias. *“Eles até aprenderam a aspirar (as vias respiratórias superiores) primeiro que eu”*, afirma.

Em função dos serviços que funcionavam anteriormente, o serviço também começou a absorver algumas crianças com doenças degenerativas, que já vinham sendo acompanhadas pela pediatra Daniela Koeller, que também passou a compor a equipe.

As dificuldades de acesso envolvem inclusive a própria residência dos pacientes, como é o caso do mecânico Crevis Brandão que, em março de 2013, sofreu um acidente automobilístico quando chegava a Angra dos Reis, onde mora parte de sua família. Após quase quatro meses internado, ele recebeu alta hospitalar em maio deste ano, mas ainda sem conseguir mexer os braços ou as pernas. Ficou na casa da irmã, que mora em uma rua íngreme, com uma escadaria entre a entrada principal e a área útil da casa.

Como a lesão não era permanente, precisava de atendimento fisioterápico para auxiliar na recuperação dos movimentos. Passou a ser atendido pelos profissionais do serviço e, em agosto, já conseguia andar e já começava a recuperar os movimentos dos braços. Chegou até o serviço graças à peregrinação do cunhado, José Antônio da Silva, que procurou o posto de saúde, o NASF, até chegar ao serviço de atenção domiciliar.

“Ficar no hospital é uma barra, fiquei até meio anestesiada, por isso que, na hora de sair, nem pensei nas dificuldades”.

José Patrício, marceneiro

Também já chegaram ao serviço pedidos de atendimento a pacientes oncológicos, mas, segundo Alexandre Lisboa, ainda são poucos. Mesmo assim, já estão se preparando para formar profissionais da equipe em cuidados paliativos, em curso que é oferecido no Rio de Janeiro, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

O Grite

O Grite faz parte do prontuário domiciliar, que é um espelho do que é mantido nas mãos dos profissionais do serviço. Esses documentos servem para orientar os demais profissionais da rede, seja em consultas com especialistas, seja na rede de urgência e emergência.

Para manter a semelhança entre os dois prontuários, produziram os formulários já com mais de uma via, em cópias carbonadas.

Como o Grite é já a primeira folha do prontuário, fica fácil até a seleção dos pacientes que são prioridade, de maneira a organizar melhor as visitas e compensar as longas e acidentadas distâncias a serem percorridas.

“E como mostra os locais onde os pacientes foram atendidos, poderá servir também para orientar a gestão da rede, ver os locais com maior demanda e buscar razões para alguém que mora próximo do centro queira buscar atendimento no Hospital da Praia Brava, por exemplo”, explica o fisioterapeuta Eduardo Sampaio.

BETIM-MG

EM UMA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO MUNICÍPIO, MOSTROU-SE EFETIVA A DUPLA FUNÇÃO DA MÉDICA HORIZONTAL DA UPA, QUE TAMBÉM ATUA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO TERRITÓRIO. O RESULTADO É A NÃO HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES QUE PODEM CONTINUAR O TRATAMENTO EM CASA.



Betim-MG

“Chegamos a abrir muitas AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) que acabam sendo canceladas porque verificamos que o paciente pode receber o cuidado em casa tão logo esteja estabilizado”.

Maria Aparecida Rodegheri, médica

A desospitalização é uma das palavras mais recorrentes quando se fala em Atenção Domiciliar, até porque uma das principais motivações para criação dessa modalidade de atendimento foi a retirada dos hospitais de pacientes que poderiam continuar recebendo os cuidados em casa, mas uma das experiências enviadas ao Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar mostra que, nesse ponto, é possível ir além da desospitalização.

A experiência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que, no estado de Minas Gerais, é chamada de UAI Sete de Setembro, em Betim (MG), busca até a não hospitalização de pacientes que procuram a unidade de urgência e emergência.

“Chegamos a abrir muitas AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) que acabam sendo canceladas porque verificamos que o paciente pode receber o cuidado em casa tão logo esteja estabilizado”, afirma a médica Maria Aparecida Rodegheri, que exerce dupla função na unidade de saúde: atua não só como médica horizontal nos leitos de retaguarda da UPA, mas também como médica da equipe do Programa de Internação Domiciliar (PID) que funciona na unidade.

E é exatamente essa dupla função que facilita, em muito, o trabalho de retirada da emergência de pacientes que não precisariam estar lá. Isso pode ser melhor entendido quando Maria Aparecida detalha um pouco de sua rotina diária nessa dupla função, mas, antes de falar sobre essa experiência inovadora, vamos contextualizá-la dentro da rede de saúde do município e o que levou a esse resultado.

A rede de saúde de Betim e o surgimento do PID

Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Betim tem um longo histórico de carência de leitos de internação. Em 1995, diante da situação emergencial nesse campo, a gestão municipal decidiu pela implantação de um hospital regional com 400 leitos, o que seria considerado suficiente para completar a capacidade de internação, já que o município, à época, contava com pouco mais de 200 mil habitantes, mas não foi o que aconteceu. Em um ano, o município já enfrentava o mesmo problema. *“Foi nesta época que ouvi, pela primeira vez, a palavra desospitalização, que veio do diretor do hospital”*, lembra a médica Mariana Borges Dias, que foi chefe da Clínica Médica do hospital regional e hoje atua como apoiadora aos municípios para implantação de equipes do Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde. Segundo ela, na ocasião, cerca de 30% dos pacientes não tinham indicação para estarem internados.

Criado o grupo de desospitalização na unidade, alguns casos, como acamados crônicos estabilizados, começaram a ser encaminhados para a atenção básica, mas logo verificou-se que a atenção básica, na época, concentrada em 18 UBS, não tinha estrutura para prestar a assistência na intensidade necessária.

A solução encontrada foi a criação do Programa de Internação Domiciliar, em 1998, com duas equipes instaladas em unidades de urgência e emergência da cidade – uma delas na UAI Sete de Setembro e a outra na UAI Jardim Teresópolis. *“Vimos que poderíamos fazer uma desospitalização pré-hospitalar, ou seja, não deixar internar”*, conta a médica. Em uma segunda fase, em maio de 2009, o programa foi ampliado para todo o município.

Em 2013, Betim é um município com quase 380 mil habitantes e conta com um orçamento anual para a saúde que gira em torno dos R\$ 390 milhões. A rede é composta por dois hospitais e uma maternidade, 4 unidades de pronto atendimento e 35 unidades básicas de saúde. A estratégia de Saúde da Família começou a ser implantada no município em 2004, na Unidade Básica do Cruzeiro do Sul, atingindo 50% de cobertura no segundo semestre de 2013, com 88 equipes e com meta de chegar aos 100% até 2016.

A Atenção Domiciliar conta com 4 Emads, todas instaladas em unidades de urgência e emergência, e 1 Emap. Uma peculiaridade do município é que a Atenção Domiciliar conta, na verdade, com dois programas, porque, no âmbito da atenção

básica, antes da implantação da estratégia de Saúde da Família, já existiam as equipes de visitantes domiciliares, por meio do Programa de Atenção Domiciliar (PAD).

A Emad e a UAI Sete de Setembro

A UAI Sete de Setembro fica em uma área central de Betim, com facilidade de acesso por transporte público, é referência para grande área do município, que inclui também zonas rurais. Esses fatores representam uma demanda de mais de 200 pacientes por dia. Conta com 15 leitos para adultos, mais três improvisados e três na urgência, além de oito leitos pediátricos.

Como em todas as unidades de pronto atendimento, o tempo de permanência ideal dos pacientes é de até 24 horas, mas o gerente da UAI Sete de Setembro reconhece que, em menos de 20% dos casos, esse tempo de internação é maior. *“A média é de dois a três dias, mas têm pacientes que ficam conosco por até três semanas, porque estão aguardando vaga em hospital e não têm condições clínicas de serem acompanhados no domicílio”*, afirma o gerente.

Nesse cenário, a Emad baseada na UAI acaba funcionando como leito de retaguarda da unidade, ao levar para casa pacientes agudos que podem continuar o tratamento no domicílio e que, sem essa alternativa, teriam que permanecer na unidade até ficarem estabilizados, porque a complexidade do quadro clínico também não estaria dentro dos critérios de admissão dos hospitais de referência da região.

Um caso exemplar é o do aposentado Dorvalino Pereira de Moraes, de 70 anos de idade, que, em 2012, sofreu uma trombose. Morador de uma chácara na área rural de Marimbá, ele teria que ficar internado na UAI enquanto eram realizados os exames diários de coagulação, para ajuste do medicamento, algo que poderia se estender por cerca de 15 dias, mas Dorvalino diz ter contado com a sorte de encontrar a doutora Maria na retaguarda da UAI, onde ele só precisou ficar quatro dias. Voltou para a companhia da esposa e da mãe nonagenária e passou a ser atendido pelo PID. *“Elas vinham aqui logo cedo, colhiam meu sangue e na hora do almoço já estavam me ligando para dizer se eu precisava mudar o remédio”*, conta o expaciente e hoje amigo da doutora Maria, com quem trocava mudas e sementes de plantas ao longo do tratamento.

As vantagens da dupla função do profissional médico

Relatar o dia a dia da médica Maria Aparecida Rodegheri explica muito bem as razões do êxito da Emad Sete de Setembro na captação dos pacientes. A rotina diária começa na UAI, onde ela já vê os prontuários, corre leitos de retaguarda, prescreve e solicita os exames necessários e analisa os já realizados a pedido dos plantonistas.

Feito isso, ela vai para a base do PID, que fica no mesmo terreno da UAI. Lá, a programação de visitas aos pacientes já está pronta desde o dia anterior. Aí é pegar o carro e, dessa vez, ao invés de correr leitos, ela irá correr domicílios. De maneira geral, sai com a enfermeira, Leila da Cunha Meneses, visitando todos os pacientes que precisam de visita médica naquele dia.

Ao retornar, ela voltará para aqueles pacientes que começou a avaliar no início da manhã e começa seu processo de captação de pacientes para o PID. *“Como eu já começo a atender estes pacientes na UAI, eles não se sentem inseguros em ir para casa quando eu digo que sou eu que vai atendê-los lá”,* explica Maria Aparecida.

Outra vantagem é que, ao ser horizontal na UAI e médica da Emad, ela tem a segurança de, digamos, dar alta ao paciente para ela mesma. *“Sei quais são os casos que poderei atender, o que é muito diferente de encaminhar para um serviço que tem outro médico e não se sabe se terá estrutura para absorver aquele paciente, o que faz com que a alta não seja tão precoce”,* acrescenta. *“Os pacientes confiam porque o PID aqui é quase uma extensão da UAI, não é visto como um outro serviço”,* concorda o gerente da unidade.

O ex-gerente Alexander Rodrigo Machado, que esteve à frente da unidade entre os anos de 2011 e 2012, não só

“Como eu já começo a atender estes pacientes na UAI, eles não se sentem inseguros em ir para casa quando eu digo que sou eu que vai atendê-los lá”.

Maria Aparecida Rodegheri, médica

considerou válida a sistemática adotada na UAI Sete de Setembro, como está levando a experiência para o município de Itabirito, onde assumiu a coordenação de urgência e emergência. *“Está sendo concluída a construção de uma UPA e o gestor já concordou que devemos implantar uma equipe de Atenção Domiciliar lá”,* revela, acrescentando que a dupla função nos dois serviços torna o processo de captação *“muito mais dinâmico”*.

A dificuldade na implantação dessa sistemática, para os profissionais de ambos os serviços, é encontrar os profissionais com o perfil adequado. *“A Atenção Domiciliar é tão específica, que até o profissional que vai entrar na casa da pessoa tem que ter perfil, senão não fica. E a grande dificuldade é conseguir o profissional com o perfil para esse trabalho”,* pontua Maria Aparecida.

Dada a necessidade de a Atenção Domiciliar ter que manter articulação permanente com outros serviços de saúde da rede, Maria Aparecida lembra também que é necessário que o profissional que vai atuar nessa modalidade de atenção conheça muito bem as potencialidades e os fluxos da rede de saúde, seja para encaminhamento de pacientes, seja para orientar familiares a respeito de providências para a obtenção de insumos para os pacientes, desde fraldas até produtos, como espessantes, que são utilizados para facilitar a deglutição de líquidos em pacientes com essa dificuldade.

Resultados

Por ter como principal fonte de captação a UAI Sete de Setembro, a Emad admite muitos pacientes agudos, que precisam de assistência para monitoramento por meio de exames laboratoriais ou por necessitar de medicamentos injetáveis, por exemplo. Isso faz com que a Emad tenha um tempo médio de internação que pode ser considerado recorde: sete dias.

O exercício da dupla função de médico horizontal e domiciliar, ao tornar mais ágil o processo de admissão de pacientes, também contribui para a rotatividade do serviço que, em menos de quatro anos, já havia atendido 1,2 mil pacientes, perto de 30 pacientes por mês, o que dá mais de um paciente inserido no serviço por dia, já que o serviço de Atenção Domiciliar não funciona nos fins de semana.

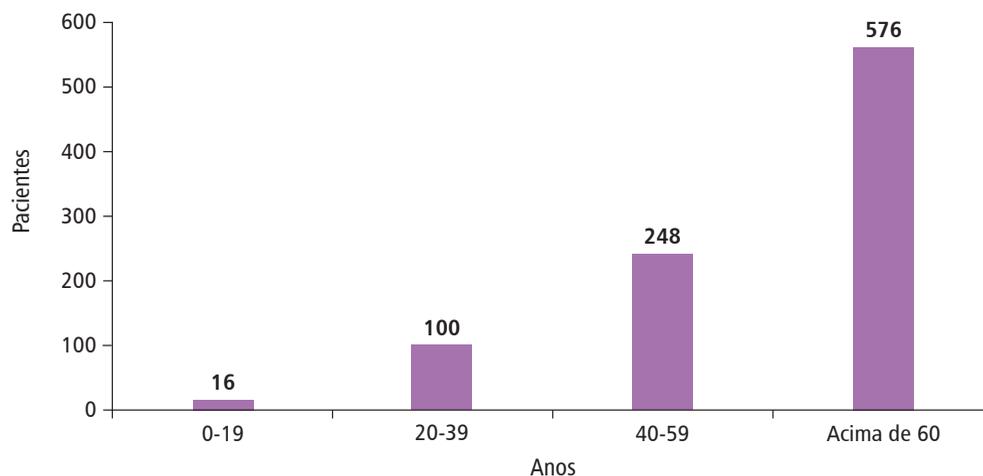
Tabela 1 – Evolução das internações – pacientes

Ano	Pacientes
2010 (27 out. a dez.)	70
2011	296
2012	498
2013 (até 31 nov.)	347
Total	1.211

Fonte: Programa de Internação Domiciliar de Betim.

Os pacientes são, em sua maioria, idosos e os agravos mais frequentes são doenças respiratórias, das vias urinárias e cardiovasculares.

Gráfico 1 – Idade dos pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar de Betim



Idades: 0 a 19 anos: 16 pacientes; 20 a 39 anos: 100 pacientes; 40 a 59 anos: 248 pacientes; Acima de 60 anos: 576 pacientes (61%).

Fonte: Programa de Internação Domiciliar de Betim.

Tabela 2 – Divisão de pacientes por aparelhos

Doenças respiratórias	492 (41%)
Doenças urinárias	264 (22%)
Doenças cardiovasculares	118 (44 AVE) (10%)
Úlceras de pressão e lesões cutâneas	65
Cuidados paliativos	58
Dist. metabólicos e hidroeletrólíticos	5
Feridas operatórias	5
Outros	220 (54 pancreatite, colecistite e doenças hepáticas)

Fonte: Programa de Internação Domiciliar de Betim

Não por acaso, o Programa de Internação Domiciliar foi tema da Conferência Municipal de Saúde de Betim, realizada em junho de 2013. *“A diretriz tirada da conferência foi de que o programa deve ser ampliado, e com cada vez mais qualidade; é um serviço que tem grande aprovação pela população”*, afirma o secretário municipal de Saúde, Mauro Reis.

Pesquisa de satisfação dos usuários, realizada em 2013, atestou aprovação unânime por parte dos pacientes. O custo para o gestor também contribui para a racionalização dos recursos destinados à saúde, já que, segundo levantamento realizado no mesmo ano, o custo diário da internação domiciliar em Betim era de R\$ 82,88.

Segundo ele, uma das primeiras medidas para qualificar o serviço de Atenção Domiciliar do município será a implantação da mesma sistemática de trabalho da Emad e da UAI Sete de Setembro, nas outras três unidades e equipes que já funcionam no município.

CASCAVEL-PR

COM QUASE 10 ANOS DE FUNCIONAMENTO, O SERVIÇO DE AD DO MUNICÍPIO TEVE QUATRO EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS QUE ENFOCAM DESDE O TRABALHO EM EQUIPE ATÉ PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS QUE PODEM SER REALIZADOS NO DOMICÍLIO, COMO A EXODONTIA E A OXIGENIOTERAPIA. UM QUARTO TRABALHO MOSTRA A IMPORTÂNCIA DOS ESTÁGIOS ACADÊMICOS NESTA MODALIDADE DE ATENÇÃO.



Cascavel-PR

“Vimos na Atenção Domiciliar uma forma de diminuir a carência de leitos hospitalares no município, porque temos problemas sérios, com nossa taxa de internação bem abaixo dos 7,5% da população ao ano que são preconizados – chegamos no máximo a 6%”.

Reginaldo Roberto Andrade, secretário municipal de Saúde de Cascavel

Criado em 2005, o Programa de Assistência e Internação Domiciliar (Paid) do município de Cascavel (PR) surgiu como alternativa para carência de leitos hospitalares na cidade. Com quase 300 mil habitantes, o município conta com cerca de 400 leitos, tendo por principal unidade hospitalar o Hospital Universitário do Oeste do Paraná, referência regional para quase 80 municípios do oeste paranaense e até do vizinho Mato Grosso do Sul.

“Vimos na Atenção Domiciliar uma forma de diminuir a carência de leitos hospitalares no município, porque temos problemas sérios, com nossa taxa de internação bem abaixo dos 7,5% da população ao ano que são preconizados – chegamos no máximo a 6%”, explica o secretário municipal de Saúde de Cascavel, Reginaldo Roberto Andrade, para quem a economia de recursos com internações não foi a principal motivação para a criação do serviço, já que a gestão municipal não se encarrega da atenção hospitalar. O principal motivo foi a garantia na continuidade dos cuidados no domicílio e a HUMANIZAÇÃO no atendimento.

Os trabalhos do Paid inscritos no Laboratório de Atenção Domiciliar refletem a experiência dos profissionais do serviço ao longo dos quase oito anos de funcionamento e a busca de soluções nem sempre tão simples que, às vezes, requerem o envolvimento de todos os profissionais do serviço e dos familiares e cuidadores dos pacientes – como está detalhado no trabalho **A importância do trabalho em equipe na AD**.

Outros dois trabalhos selecionados pelo laboratório estão relacionados à assistência aos pacientes: sobre a sedação domiciliar para realização de procedimentos de exodontia múltipla em pacientes acamados devido a sequelas neurológicas e outro sobre o atendimento domiciliar a crianças portadoras de broncodisplasia pulmonar.

Além disso, um quarto trabalho do Paid mostra que é possível contribuir para a formação de profissionais sensíveis à realidade social dos pacientes e das múltiplas possibilidades do atendimento domiciliar. Esse trabalho prevê o estágio de acadêmicos de medicina junto a uma das equipes do Paid, por um período de três meses.

Em meados de 2013, o município contava com duas equipes multiprofissionais implantadas e uma terceira em estruturação, além de uma Equipe de Apoio Especializado (Emap). Cada equipe multiprofissional do Paid conta com um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem. Já a Emap é composta por um dentista, um nutricionista e um assistente social. O serviço conta com seis veículos próprios, o suficiente para garantir o transporte dos profissionais por todo o município, inclusive com pacientes em áreas rurais.

O maior número de pacientes, cerca de 60% deles, é proveniente de hospitais e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mas a diretora de Atenção à Saúde do município, Mara Lúcia Renostro Zachi, acredita que a atenção domiciliar tem uma potencialidade maior para uma ação distinta no município de Cascavel, que é a *desupalização*, além do apoio à desospitalização e à rede básica.

Dos 256 pacientes admitidos no serviço em 2012, os agravos de maior ocorrência foram câncer (74), AVC (47) e doença pulmonar obstrutiva crônica (34). Também atendem a pacientes com doenças degenerativas, como esclerose lateral amiotrófica e distrofia muscular progressiva, também conhecida como mal de Duchenne.

Para dar suporte maior às equipes de AD no atendimento aos casos mais complexos, o município planeja ampliar o quadro de especialidades com profissionais da neurologia, por exemplo, em que se observa uma necessidade maior dessa especialidade devido ao perfil dos pacientes atendidos.

O trabalho em equipe na AD

A rotina dos profissionais do Paid explica a razão do tema do trabalho enviado para o Laboratório de Atenção Domiciliar. Concentradas em uma sede própria, as equipes do programa mantêm diálogo permanente, a começar pela discussão coletiva dos casos de mais de 250 pacientes anuais que recebem atendimento do serviço, segundo dados de 2012. Nessas reuniões, os profissionais colocam as situações mais complicadas, para que todos possam opinar sobre as soluções possíveis.

O trabalho em rede concebido pelas equipes do Paid prevê reuniões semanais com cuidadores dos pacientes, da qual participam todos que estão sendo incluídos no programa. Essas reuniões, que acontecem nas tardes de segunda-feira, são conduzidas por todos os profissionais do serviço, em sistema de revezamento, para que todos possam ter o contato inicial com os cuidadores e possam opinar sobre as questões novas levantadas pelos participantes.

A reunião começa com a apresentação de um vídeo, em que a equipe apresenta o funcionamento do serviço, quais são os serviços prestados pelos profissionais e quais são os critérios de inclusão, de exclusão e de alta do serviço. O vídeo coloca ainda as responsabilidades do cuidador com o paciente, como deve proceder em casos de intercorrência, o uso adequado e racional dos materiais disponibilizados no domicílio, entre outras informações.

“O cuidador é peça chave no atendimento domiciliar, é a pessoa que vai ser o elo de ligação entre a equipe e o paciente, são os olhos da equipe, quem vai relatar tudo o que acontece com eles”, resumia o dentista Reginaldo Florentino da Silva, que estava à frente de uma das reuniões semanais do mês de julho de 2013.

“A reunião é muito boa, porque são muitas coisas que a gente tem que aprender para cuidar melhor da pessoa por quem a gente é responsável”, avaliou a dona de casa Maria Ribeiro, de 71 anos de idade, que decidiu se responsabilizar pelo cuidado da amiga Lenilda dos Santos, de 68 anos de idade, ao longo do dia, enquanto o filho da paciente está no trabalho.

Na mesma ocasião, o dentista também explicava que cada paciente recebe pelo menos uma visita por semana, de acordo com a complexidade do caso. *“Será um dos profissionais do serviço, não necessariamente o médico ou o enfermeiro”,* acrescentava.

Uma das vantagens do trabalho em equipe do Paid é justamente a racionalização das horas de trabalho dos profissionais, já que cada um deles tem orientação de, quando visitar um paciente, verificar as condições clínicas como um todo, para poder relatar aos outros profissionais e, se for o caso, ser agendada nova visita, dessa vez com outro integrante da equipe multiprofissional ou da de apoio.

Para Mara Zachi, o trabalho em equipe dos profissionais da AD contribuiu para a integração entre os serviços da rede de saúde. *“Costumamos dizer que o Paid é um*

observatório da rede, porque, como os pacientes precisam de outros serviços, o Paid consegue lidar com todo o funcionamento, desde a atenção primária à hospitalar, especialidades, urgência e emergência. Por isso conseguem verificar todas as deficiências da rede”, afirma a diretora.

A cultura do trabalho em rede contribuiu ainda para a estruturação de espaços para a articulação intersetorial no município, especialmente com a educação e com a assistência social. *“A criação da rede de proteção psicossocial é um trabalho que começou na AD, cujos profissionais precisam buscar assistência de outros setores para os pacientes, muitos em situação de vulnerabilidade social que a saúde, sozinha, não tem como dar conta”, explica.*

Apesar da filosofia do funcionamento em rede, o serviço ainda encontra dificuldades para repassar os cuidados de alguns pacientes para a atenção básica, especialmente por causa da baixa cobertura da estratégia de saúde da família que, em meados de 2013, estava em torno de 20%, com 21 equipes implantadas, sendo nove em áreas rurais. Outras cinco equipes estavam em processo de implantação.

“Temos como prioridade a ampliação da saúde da família, mas nossa grande dificuldade é com a contratação de mais médicos, porque a folha de pagamento de servidores do município já está no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal”, explica o secretário de Saúde.

O trabalho em rede também está presente nas atividades de prevenção de doenças transmissíveis e de acidentes e violências. *“Tínhamos problemas muito sérios com acidentes de trânsito e acho que a situação melhorou bastante nos últimos três anos, com o trabalho que vem sendo desenvolvido em parceria com o conselho de trânsito”, acredita Mara.*

“Costumamos dizer que o Paid é um observatório da rede, porque, como os pacientes precisam de outros serviços, o Paid consegue lidar com todo o funcionamento, desde a atenção primária à hospitalar, especialidades, urgência e emergência. Por isso conseguem verificar todas as deficiências da rede”.

Mara Zachi,
diretora da AD

O tratamento de exodontia no domicílio

Quando um paciente está sob risco de morte, a correta higiene bucal não é uma prioridade para o cuidador. Muitas vezes, quando há dano neurológico, é até difícil realizar um procedimento tão simples quanto escovar os dentes, em função da falta de controle da mandíbula. O resultado disso, nem precisa ser profissional de saúde para saber: muitas cáries, muito tártaro e muita, muita dor de dente.

Eram dores como essa que faziam Neri Meyer, hoje com 50 anos de idade, gemer e gritar noite e dia, a ponto de a vizinhança denunciar a mãe, Lori, hoje falecida, para o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Vítima de uma meningite quando ainda era bebê, Neri é acamado e tem comprometimentos neurológicos que tornam difícil a comunicação. *“Ele chegou a morder a mão da mãe, de tanta dor que ele sentia”*, conta o irmão, Jauri, responsável pelos cuidados com Neri desde o falecimento da mãe.

Como Neri não tinha controle sobre a mandíbula e dificuldade de entendimento sobre a utilidade do tratamento, não havia possibilidade de realizar o tratamento dentário apenas com anestesia local, sendo necessária a sedação geral do paciente, o que sempre requer uma internação em uma unidade de saúde com suporte para atendimento de urgência. E a carência de leitos no município sempre impossibilitava ou adiava por longos períodos o tratamento com a anestesia geral. *“Se a cirurgia estava marcada e, de repente, aparece um paciente de urgência que está mais grave, este paciente sempre tem a prioridade e o nosso paciente acabava tendo que voltar para casa sem resolver o problema”*, explica o dentista da Emap de Cascavel, Reginaldo Florentino da Silva.

Foi para pacientes como esse – com doenças neurodegenerativas, com sequelas de paralisia cerebral ou de AVE, vítimas de traumatismo craniano ou com quadros de demência – que o dentista decidiu, em conjunto com o médico Rogério Sakurada, de uma das equipes, desenvolver uma sistemática para realizar também esses tratamentos no domicílio do paciente.

“Quando entrei no Paid, em 2007, não sabia o que ia fazer. Peguei uma caixinha e comecei a visitar os pacientes, para ver como a odontologia iria ajudar na melhora do estado de saúde destes pacientes, mas não tinha experiência nenhuma com

atendimento domiciliar, nem a quem recorrer, não encontrei nem literatura a respeito”, relembra Reginaldo.

Antes de realizar o procedimento, o paciente passa por avaliação clínica e cardiovascular. O material de suporte para emergências inclui material de entubação, antídoto para benzodiazepínico, material de monitoramento (oxímetro e esfigmomanômetro), suporte de oxigênio, sistema de aspiração e uma ambulância de prontidão na porta da casa do paciente, para o caso de ser necessária a remoção dele até uma unidade de emergência.

Os pacientes recebem a sedação endovenosa com midazolam diluído em soro fisiológico a 0,9%, com dose de indução e manutenção ajustadas à idade do paciente. Após essa sedação, é aplicada anestesia local com lidocaína a 2%.

Além de não depender de internação hospitalar e de possibilitar maior conforto para o paciente, o procedimento no domicílio também reduz os riscos de infecção hospitalar.

O atendimento aos pacientes com broncodisplasia pulmonar

Quem vê o pequeno P., hoje com pouco mais de 2 anos de idade, não imagina que ele tenha lutado pela vida já enquanto estava na barriga da mãe. A mãe, Silvana Escher, teve hipertensão gestacional e, diante do risco de eclâmpsia, deu à luz quando estava com apenas 25 semanas de gestação. P. tinha apenas 17 centímetros e pesava 600 gramas. *“Só pude vê-lo três dias depois que ele nasceu; tinha a pele quase transparente e era bem peludinho”,* relembra a mãe. Ela só conseguiu amamentar o filho quando ele estava com dois meses e meio e passou quatro meses e meio praticamente também internada com ele no hospital.

“Quando entrei no Paid, em 2007, não sabia o que ia fazer. Peguei uma caixinha e comecei a visitar os pacientes, para ver como a odontologia iria ajudar na melhora do estado de saúde destes pacientes, mas não tinha experiência nenhuma com atendimento domiciliar, nem a quem recorrer, não encontrei nem literatura a respeito”.

Reginaldo Florentino da Silva, dentista da Emap de Cascavel

“Quando me disseram que finalmente ia poder levar meu filho para casa, chorei muito”.

Silvana Escher, mãe de P.

“Quando me disseram que finalmente ia poder levar meu filho para casa, chorei muito”, lembra a mãe, que contou com o apoio do Paid durante um ano e quatro meses, até o filho atingir um peso seguro – quando foi admitido no programa, L. tinha menos de 2 kg e recebeu alta quando já estava com 6,7 kg. Para Silvana, poder levar o filho para casa significava não ter mais que se dividir entre o hospital e a casa, onde tinha que cuidar do filho mais velho, hoje com 13 anos.

A partir da alta hospitalar, o Paid providenciou não só o tratamento no domicílio, mas o encaminhamento para consultas com especialistas, para avaliar e tratar as consequências da prematuridade. “Tudo correu bem, nunca deu problema”, atesta a mãe.

Outros três bebês prematuros receberam tratamento semelhante no município de Cascavel. Dos quatro, com exceção de um, cuja família mudou do município e os profissionais ficaram sem saber do desfecho do caso, todos obtiveram alta com mais de 4 kg. Conforme tabela 1.

Tabela 1 – Pacientes submetidos a oxigenioterapia domiciliar

Paciente	Idade gestacional	Sexo	Peso ao nascer	Peso à admissão	Tempo internação domiciliar	Peso à alta
1	25 sem.	Masc.	600g	1.980g	16 meses	6.700g
2	26 sem.	Masc.	765g	5.900g	4,5 meses	7.700g
3	25 sem.	Fem.	700g	3.900g	3,5 meses	5.400g
4	26 sem.	Fem.	795g	2.595g	2,5 meses	4.600g

Fonte: Programa de Assistência e Internação Domiciliar (Paid) de Cascavel.

O estágio de acadêmicos de medicina na Atenção Domiciliar

É histórico o fato de o modelo hospitalocêntrico ser predominante na formação dos profissionais da medicina, algo que iniciativas recentes de mudanças no currículo vêm tentando mudar. Em Cascavel, o estágio de estudantes de Medicina na Atenção Domiciliar surgiu a partir de uma parceria entre a prefeitura e uma faculdade privada que funciona no município.

Para o médico Rogério Sakurada, o mais importante de os estudantes passarem por um estágio na Atenção Domiciliar é o fato de aprenderem como podem adaptar o atendimento às condições da casa do paciente e ficarem conscientes da condição social das populações atendidas pelo sistema público de saúde.

“Mesmo que eles não queiram atuar na Atenção Domiciliar depois de formados, o estágio é importante para que desenvolvam responsabilidade sanitária, que é determinante na hora de dar alta hospitalar para um paciente”, defende Sakurada, reconhecendo nele mesmo esse equívoco, quando dava os primeiros passos na profissão. “Um estágio como esse é algo que não tive na minha formação e acho que já dei alta indevidamente”, admite.

O fato de o curso frequentado pelos estagiários do Paid ter um modelo mais novo, com ênfase na atenção básica no currículo desde o primeiro ano, segundo Rogério, facilita o trabalho com os acadêmicos. *“Eles já trabalham no curso com a territorialização, com políticas de saúde, já sabem interligar os níveis de atenção no SUS”, exemplifica o médico.*

“Na Atenção Domiciliar, a gente fica muito mais próximo do paciente e essa questão da humanização do cuidado é o que estou aprendendo de mais importante neste estágio”, avalia Greice Porfírio, que cursa o sexto ano de medicina.

“Na Atenção Domiciliar, a gente fica muito mais próximo do paciente e essa questão da humanização do cuidado é o que estou aprendendo de mais importante neste estágio”.

Greice Porfírio,
estudante de Medicina

“O que a gente vê no domicílio, dificilmente vê na unidade básica de saúde e tem que se adaptar às condições que encontra na casa do paciente”, concorda Karina Bevilacqua, também cursando o sexto ano.

Para as duas, o estágio na Atenção Domiciliar também tem sido importante para fazê-las entender como funciona a rede de saúde pública, com seus diversos níveis de atenção. *“As pessoas já vêm com a ideia formada de que o SUS é ruim, mas quando você entende como ele funciona, vê que muitas coisas são possíveis, mas tem que fazer funcionar, tem que se mexer, porque é um sistema muito novo, mas tem tudo para dar certo e nós, com esta formação, somos diferenciados, pelo olhar ao paciente, pensando na rede, para onde vai encaminhar”, afirma Karina.*

A essência de todo o trabalho e o grande objetivo estão no cuidado e em oferecer assistência ao usuário de forma integral, definindo claramente as competências de cada um, o trabalho em equipe e na construção de projetos terapêuticos singulares e individualizados, com a tomada de decisões devendo ser sempre em equipe/ usuário e familiares. Significa dizer que o trabalho envolve muito mais que a parte prática de medicar, alimentar, trocar, ouvir etc., mas também leva em conta o vínculo, o ato de colocar-se ao lado do outro, perceber o problema e procurar resolver.

O Paid tem importante papel na rede de atenção à Saúde nas dimensões assistencial, educativa e preventiva, tanto em pacientes agudizados, evitando a progressão da doença, quanto em pacientes já sequelados, garantindo suporte para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida e garantindo a recuperação progressiva e maior autonomia.

DISTRITO FEDERAL-DF

NA CAPITAL FEDERAL, O PRONTUÁRIO DOMICILIAR QUE FICA COM OS PACIENTES E CUIDADORES AUXILIAR NA HORA DE PROCURAR SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E TAMBÉM ORIENTA MÉDICOS ESPECIALISTAS DA REDE, NO MOMENTO DAS CONSULTAS. OUTRA EXPERIÊNCIA SELECIONADA TRATA DO MATRICIAMENTO PEDIÁTRICO QUE A EQUIPE DA ASA SUL, NO PLANO PILOTO, PRESTA AOS DEMAIS NÚCLEOS DE AD, QUANDO NO ACOMPANHAMENTO A CRIANÇAS.



Distrito Federal-DF

A rede de saúde do Distrito Federal começou a implantar serviços de Atenção Domiciliar ainda em 1994. Paulatinamente, o serviço foi chegando a todas as 15 Coordenações Gerais de Saúde. Primeiro na Região Administrativa (RA) de Sobradinho, depois na vizinha Planaltina (1997) e, a partir de 2002, nas demais localidades da capital federal, até chegar aos 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) existentes em meados de 2012. Os núcleos atendem a uma média de 1 mil pacientes por mês.

Ao longo do tempo, foram buscando formas de melhorar o serviço, seja pela criação de novas ferramentas e sistemáticas de trabalho, seja pela realização de estudos para avaliar a pertinência do trabalho desenvolvido.

Dois desses trabalhos foram selecionados pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. Um deles foi a implantação, em 2012, de uma equipe de matriciamento pediátrico aos profissionais dos demais núcleos do Distrito Federal. A equipe está instalada no Hospital Materno Infantil de Brasília (Hmib), localizado na Asa Sul do Plano Piloto, de onde sai boa parte dos pacientes infantis que são admitidos no serviço de atenção domiciliar.

O segundo trabalho é o Cartão Domiciliar, uma ferramenta que facilita a comunicação com os profissionais de saúde de outros níveis de atenção, especialmente nos atendimentos de urgência e emergência. No documento, consta um resumo da história clínica do paciente, medicações em uso, data de visitas e procedimentos realizados, entre outras informações.

Para entender a lógica de criação do serviço de Atenção Domiciliar no Distrito Federal e os motivos que levaram até a concepção das inovações nos serviços, é importante contextualizar o cenário em que surgiram, mostrando como funciona a rede de saúde distrital.

A rede de saúde do Distrito Federal e o Entorno

A rede de saúde do Distrito Federal tem algumas especificidades características de um ente federado que não é um estado, mas também não é um município. Possui uma administração central, com *status* de governo de Estado, dividida em 31 regiões administrativas. Forma uma grande região metropolitana, com mais de 2,5 milhões de habitantes, além do chamado Entorno, que reúne 22 municípios, sendo 19 de Goiás e três de Minas Gerais, contando com mais de 1,2 milhão de habitantes que recorrem com frequência aos serviços de saúde do DF, especialmente os de média e alta complexidade.

A proximidade desse contingente populacional, vivendo em municípios com infraestrutura precária, especialmente nas áreas de educação e saúde, pressiona esses serviços ofertados no Distrito Federal. Para equacionar essas situações, foi criada, em fevereiro de 1998, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF), objetivando ainda a promoção de projetos comuns para dinamização econômica e oferta de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da área em escala regional.

Entre as ações desenvolvidas no âmbito da Ride/DF, está o apoio da rede de saúde do DF para a reorganização da atenção primária de saúde dos municípios goianos e mineiros, de maneira a tornar possível o funcionamento em rede dos sistemas de saúde municipais e distrital. *“Estamos iniciando este diálogo, para que haja um nivelamento do trabalho entre o DF e estes municípios”*, afirma a subsecretária de Atenção Primária à Saúde do DF, Rosalina Aratani Sudo.

Ela cita como exemplo dessa necessidade de integração a atenção pré e pós-natal. *“Sabemos que muitas mulheres do Entorno vêm dar à luz aqui, mas precisamos saber com clareza como elas estão sendo orientadas ao longo do pré-natal, precisamos direcionar estes atendimentos para hospitais específicos e não para qualquer hospital, é necessário também saber se este parto é de risco, se o pré-natal foi realizado de forma adequada, enfim, queremos organizar o fluxo, saber onde estão os gargalos, onde está mais livre, e só podemos fazer isso se tivermos contato com eles”*, acrescenta a subsecretária.

Mas tudo isso ainda caminha para uma situação ideal e, por enquanto, os profissionais de saúde que atuam nos hospitais da rede, especialmente aqueles próximos às divisas do Distrito Federal com os estados vizinhos, continuam sendo pressionados pela demanda, muitas vezes desordenada e sem fluxos de referência, da população do Entorno.

A rede distrital conta com 12 hospitais regionais, um de atenção terciária e quatro especializados. Com uma atenção primária majoritariamente centrada em centros de saúde tradicionais, conta com 60 dessas unidades, além de 6 centros de saúde com equipes de atenção básica, 6 clínicas da família, 3 unidades mistas e 41 unidades de saúde urbanas e rurais com estratégia de saúde da família, cuja cobertura fica em torno de 26%, com meta do governo distrital de chegar a 50% até o final de 2014. A rede conta ainda com 11 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), além dos serviços de diagnóstico.

Criação e funcionamento do serviço de Atenção Domiciliar

A motivação para criação do serviço se deu a partir de discussões na rede sobre a falta de estrutura adequada para atender aos pacientes crônicos, que oneravam os serviços hospitalares, não só pela complexidade da assistência, mas também pelo longo tempo médio de permanência desses pacientes em unidades hospitalares. Dessa forma, o serviço surgiu a partir da lógica de desospitalização.

Os primeiros resultados surgiram já com a implantação informal dos dois primeiros núcleos, em Sobradinho e Planaltina, para atender a pacientes crônicos com estado clínico estabilizado. Entre os 50 pacientes desospitalizados inicialmente pelo núcleo de Planaltina, verificou-se uma redução significativa das complicações e reinternações. Nessa cidade, onde a equipe era formada por um médico, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira, como não havia previsão orçamentária para a aquisição de materiais a serem utilizados pelos pacientes no domicílio, a gestão buscou parcerias com a comunidade. A iniciativa não só viabilizou a compra de camas, colchões, cadeiras de roda e outros utensílios, mas selou uma parceria com a Pastoral da Saúde local, cujos voluntários funcionavam como agentes de saúde, identificando os pacientes que se enquadravam no perfil de assistência oferecida.

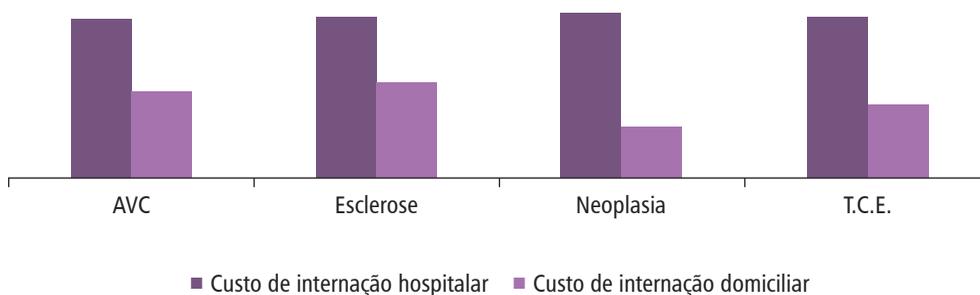
Além da racionalização de leitos hospitalares, a economia proporcionada pelo atendimento no domicílio dos pacientes foi outra grande motivação para ampliação do serviço. Ainda em 2003, um estudo realizado no Serviço de Assistência Domiciliar de Sobradinho comparou os custos entre as duas modalidades de internação – domiciliar e hospitalar – para situações clínicas semelhantes. O resultado é que a internação domiciliar representava uma economia que variava de 57% a 69% em relação à permanência na unidade hospitalar.

Tabela 1 – Comparativo de custos entre internação hospitalar e internação domiciliar, Sobradinho/DF, 2003

Custos Patologia	Custo de internação hospitalar	Custo de internação domiciliar	Diferença de custo	Diferença percentual
AVC	R\$ 7.382,12	R\$ 3.016,51	R\$ 4.365,61	40,86%
Esclerose múltipla	R\$ 7.644,04	R\$ 3.230,21	R\$ 4.413,83	42,25%
Neoplasia	R\$ 5.566,68	R\$ 1.702,59	R\$ 3.864,09	30,58%
TCE	R\$ 7.093,52	R\$ 2.443,12	R\$ 4.650,40	34,44%

Fonte: Gerência de Regulação Controle e Avaliação (GRCA) HRS/SES-DF.

Gráfico 1 – Comparativo de custos entre internação hospitalar e internação domiciliar



Sobradinho/DF, 2003.

Fonte: Gerência de Regulação Controle e Avaliação (GRCA) HRS/SES-DF.

Mais recentemente, de 2012, estudo realizado pela direção administrativa do Hospital Regional de Ceilândia atestou a economia com base no **Manual Técnico de Custos**, recomendado pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa Nacional de Gestão de Custos. Pelo levantamento, o custo do leito/dia domiciliar representava apenas 8,5% do custo do leito mais barato da unidade, que era o da maternidade – enquanto na AD o valor era de R\$ 22,37, na maternidade o valor era de R\$ 261,88.

Tabela 2 – Resumo geral da gestão de custo da regional de saúde de Ceilândia, 2012

Setor	Leitos	Custo total	Custo leito/mês	Custo leito/dia	Custo leito/hora
Clínica médica	31	873.945,00	R\$ 28.191,77	R\$ 939,73	R\$ 39,16
Clínica cirúrgica	45	1.053.327,05	R\$ 23.407,27	R\$ 780,24	R\$ 32,51
Clínica ortopédica	21	842.700,05	R\$ 40.128,57	R\$ 1.337,62	R\$ 55,73
Maternidade	56	439.956,40	R\$ 7.856,36	R\$ 261,88	R\$ 10,91
Unidade neonatologia	52	1.666.507,44	R\$ 32.048,22	R\$ 1.068,27	R\$ 44,51
Unidade de terapia intensiva	10	540.512,42	R\$ 54.051,24	R\$ 1.801,71	R\$ 75,07
NRAD: leitos domiciliares	95	63.757,69	R\$ 671,13	R\$ 22,37	R\$ 0,93

Fonte: Núcleo de Controle de Custos/Diretoria Administrativa/Coordenação Geral de Saúde de Ceilândia/SES-DF.

Para Rosalina Sudo, o principal benefício da Atenção Domiciliar é o conforto do usuário, ao poder ficar em ambiente familiar. *“O paciente crônico, em ambiente hospitalar, fica numa situação muito fria, fica muito isolado pelo período prolongado da internação, por isso é um ganho muito grande para ele poder continuar o tratamento ao lado da família”*, avalia Sudo, apesar de reconhecer a importância da AD na liberação de leitos de uso prolongado: *“Se a média de permanência hospitalar é de cinco a dez dias, podemos atender no hospital muito mais pacientes em um mês; e não teremos um morador do hospital”*.

A aprovação dos pacientes e seus familiares é atestada em pesquisa realizada em 2008, pelo NRAD do Gama. A grande maioria dos entrevistados considerou satisfatório o atendimento prestado (92%), achou adequado o tempo de resposta da equipe às solicitações (98%), disse ter havido interesse da equipe em resolver os problemas apresentados (100%), com soluções que se mostraram efetivas (94%). Os pesquisados consideraram ainda os profissionais disponíveis (92%) e deram nota 10 ao desempenho da equipe (80%). Entre as propostas de mudança para a melhoria do atendimento, a maioria opinou pela ampliação do serviço, em número de profissionais, de materiais e de transporte.

Apesar de ser um serviço antigo na rede do DF, ainda há dificuldades com transporte, não só das equipes, mas também o sanitário, para deslocamento dos pacientes para unidades de saúde. Para Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas, gerente de Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do DF, o transporte continua sendo uma questão complicada, porque o serviço de AD funciona de forma muito diferenciada. *“O carro sai do núcleo às 8 horas e não tem hora para voltar, então até o motorista que vai atuar nesta equipe tem que ter perfil para a Atenção Domiciliar, entender que há imprevistos, que no domicílio tudo pode acontecer”*, explica.

Fluxos e diálogo com os demais níveis de atenção

As demandas por Atenção Domiciliar ainda não estão inseridas no sistema de regulação da rede de saúde do Distrito Federal. Há 12 das 15 equipes instaladas nas unidades hospitalares regionais e a tramitação dos documentos necessários à alta destes hospitais e posterior inclusão no serviço de AD é realizada por meio de protocolo de fluxo de desospitalização implantado na Secretaria de Saúde (SES), em 2013. Os pedidos de avaliação seguem de uma unidade para a outra por *e-mail* ou fax e, algumas vezes, por meio físico. *“Mas tem gente que reclama, porque não está legível, porque não está entendendo a letra”*, afirma Bibiana Coelho Monteiro, chefe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Asa Sul, que funciona no Hospital Materno Infantil de Brasília.

O resultado é que, segundo os profissionais do serviço, o tempo médio entre a solicitação de atendimento na AD e a desospitalização fica em torno de sete dias. De acordo com Leopoldina, o fluxo padrão, implantado em 2013, prevê que, quando

o formulário de admissão na AD é encaminhado à regional de saúde da área de cobertura do paciente, o pedido seja comunicado à Gerência de Atenção Domiciliar, que irá monitorar a tramitação do pedido. A Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (Diraps), ao receber o documento, encaminha-o ao núcleo de AD que, por sua vez, fará a avaliação e classificação (em AD1, AD2 ou AD3) do paciente, além da verificação de cuidador apto e da ambientação do domicílio. Depois disso, a documentação faz o caminho inverso, até o hospital, para só então o paciente ser desospitalizado e iniciado o tratamento por parte da equipe de AD.

Para o desligamento dos pacientes por melhora no estado clínico, foi criada uma sistemática de encaminhamento do paciente para a atenção básica. Prevista a alta da AD, a unidade de saúde da área do domicílio do paciente recebe a demanda para agendamento de uma visita conjunta das duas equipes e, em alguns casos, a equipe da AD ainda acompanha o atendimento e fornece material por até um mês. Além de assegurar o vínculo do paciente à atenção básica, a sistemática também contribui para tranquilizar a família com relação à continuidade do tratamento.

A médica Isabela Cascão Anjos, que atua no NRAD do Gama, reconhece que no início essa pactuação com a atenção básica foi complicada, porque muitos centros de saúde ainda funcionavam na lógica da atenção primária tradicional e ainda não havia muitas equipes de Saúde da Família implantadas na área. *“Mas agora, mesmo nos centros de saúde, os médicos contratados mais recentemente já chegam com esse perfil de ir para a rua”*, ressalva a médica.

Muitas das situações relacionadas ao fluxo de encaminhamento de pacientes entre um nível de atenção e outro são equacionadas nas reuniões dos colegiados de gestão, que existem em cada uma das regionais e um que envolve todo o Distrito Federal, com representação de todas as regionais e dos dirigentes de cada área da SES/DF.

A equipe do NRAD do Gama reconhece que o material e os insumos que precisam ser utilizados, alguns de uso hospitalar, também são um complicador no momento de dar alta ao paciente para continuar sendo acompanhado pela atenção básica. Como a maioria funciona nos hospitais, os NRAD dispõem dos serviços da unidade, como laboratório, farmácia, almoxarifado e transporte.

Há ainda os pacientes de oxigenioterapia domiciliar, que estão vinculados ao NRAD, porém com um perfil de baixa complexidade. Para esses, os profissionais criaram

uma classificação nova: são os ADO. *“Eles não são acamados, usam o oxigênio mais à noite e durante o dia levam uma vida normal, estudam, trabalham, saem de casa”*, explica a gestora do serviço, Vera Regina Cerceau.

Também mantinham no serviço pacientes considerados AD1, mas que recebiam alimentação enteral. Em 2011, a Gerência de Nutrição da SES realizou uma capacitação dos nutricionistas lotados na atenção primária, para que esses pacientes pudessem ser acompanhados pelas equipes dos centros de saúde. Nos casos em que a unidade não dispõe desse profissional, o paciente é acompanhado pela nutricionista de um dos dois Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) implantados no Gama.

A partir de 2011, os Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar passaram a fazer parte das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, o que é considerado positivo pela equipe do Gama, porque facilitou o diálogo com as equipes de atenção básica do território em que atuam.

“A mudança no organograma foi fantástica para a gente. Até em momentos em que a gente está com falta de profissional, quando a única enfermeira está de férias, por exemplo, a gente pedia à enfermeira da ESF da área do paciente para visitar e prestar os atendimentos necessários. Os médicos de lado a lado também fazem as receitas, porque conhecem os nossos pacientes, inclusive com o auxílio do cartão”, afirma Vera Cerceau.

“Quando comunicamos férias, os gerentes dos centros já perguntam quais são os pacientes que estão em suas áreas de abrangência. Aí a gente envia, inclusive porque eles sabem que, independente do NRAD, o paciente continua sendo deles. Tem que ser visitado, tem que ter o vínculo também com a atenção primária, porque no dia em que sair do NRAD, a equipe já conhece o paciente. E, além do mais, eles precisam conhecer porque ali não tem só o nosso paciente, tem toda uma família que precisa de suporte ou ter outros moradores com problemas de saúde”, endossa a nutricionista.

Cartão domiciliar

Os profissionais do NRAD Gama reconhecem no cartão domiciliar importante ferramenta de comunicação com outros serviços da rede, não só para que saibam que esse paciente está sendo acompanhado, mas para que tenham a informação segura

“Nossos pacientes são quase todos muito graves, com câncer, neurológicos e acamados de cuidados prolongados, e é importante o cartão, caso precisem chamar o Samu no fim de semana, o que já aconteceu várias vezes”.

Isabela Cascão Anjos,
médica do NRAD
do Gama/DF

sobre o diagnóstico e a medicação em uso pelo paciente, entre outros detalhes do tratamento pelo qual está passando.

“Nossos pacientes são quase todos muito graves, com câncer, neurológicos e acamados de cuidados prolongados, e é importante o cartão, caso precisem chamar o Samu no fim de semana, o que já aconteceu várias vezes”, explica Isabela Anjos.

Quando a urgência ocorre em horário de funcionamento do serviço de AD, a médica conta que ela própria, em algumas situações, aciona o Samu. *“De médico para médico é bem mais fácil e algumas vezes eles estão sem a ambulância avançada, que é a que tem o médico, e me pedem para acompanhar o paciente. Acho que agora está melhor a relação com o Samu, porque agora sabem o que é o NRAD e que não funcionamos 24 horas”, avalia.*

Tanto a médica do NRAD do Gama quanto a gerente de AD da SES/DF reconhecem que a boa utilização do cartão domiciliar, tanto pelas equipes de AD quanto pelos profissionais de outros níveis de atenção, requer articulação permanente na rede. *“Nesta semana mesmo, a regional do Gama mandou uma circular para todos os serviços, recomendando o uso correto do cartão por todos os profissionais, não só os da AD”, afirma a médica.*

A maior dificuldade com o uso rotineiro e adequado do cartão domiciliar é no pronto-socorro, principalmente pela rotatividade dos profissionais no setor. *“A gente tenta informar como é o fluxo, como funciona, mas a equipe muda o tempo inteiro, tem residente, tem interno. Isso dificulta muito”, lamenta Isabela.*

“É muito mais fácil com as clínicas, com a clínica médica, com a pneumo, porque as equipes são fixas. Eles nos conhecem. Até para conseguir a consulta com o especialista fica mais fácil, justamente porque já nos conhecem”, acrescenta a médica.

A utilização do cartão domiciliar é especialmente importante nos prontos-socorros por causa da prioridade que é dada aos pacientes de AD. Passando pela triagem e sendo classificado pela Escala de Manchester (verde, azul, amarelo ou vermelho), os pacientes da AD têm prioridade de atendimento entre os pacientes de sua categoria (cor). *“A partir do momento em que ele é identificado como em internação domiciliar, ele é atendido como um paciente internado no hospital que tem uma intercorrência”*, explica Leopoldina.

O cartão começou a ser utilizado em 2010. Na época, a Subsecretaria de Atenção à Saúde encaminhou ofício circular a todas as regionais do DF e também para toda a rede de urgência e emergência. Além disso, o assunto é lembrado nas reuniões realizadas nas regionais e no colegiado de gestão. *“Mas isso tem que ser constante, tem que estar sempre cobrando, porque não é só mandar a comunicação, também vai muito desse núcleo ir até os setores emergenciais e mostrar a utilidade do documento”*, revela.

Leopoldina admite que a utilização do cartão entre as equipes não é uniforme e depende muito da interface que cada núcleo tem com os outros pontos de atenção dentro da regional. *“O corpo a corpo com as equipes de urgência e emergência é até mais importante que uma comunicação por escrito, mas estas equipes de pronto-socorro mudam muito, então o trabalho tem que ser constante”*, afirma.

O cartão domiciliar é um dos temas das reuniões mensais que são realizadas entre todos os núcleos regionais de AD, entre outros pontos da rotina diária desses serviços. *“Nestas reuniões vemos que cada equipe tem suas especificidades e, dentro de uma mesma diretriz, sempre encontram formas diferentes de atuação, de solucionar os problemas que se apresentam”*, explica Leopoldina. Para ela, a mesma diversidade encontrada entre os serviços espalhados pelo país podem ser

“O corpo a corpo com as equipes de urgência e emergência é até mais importante que uma comunicação por escrito, mas estas equipes de pronto-socorro mudam muito, então o trabalho tem que ser constante”.

Maria Leopoldina, gerente de Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do DF

verificadas internamente, entre uma equipe e outra de atenção domiciliar, de acordo com os profissionais que atuam, a clientela que atendem e a rede com que dialogam, entre outras características.

Com o tamanho de uma folha de papel A4, dobrado em três partes, em formato semelhante ao cartão de acompanhamento da gestante do Ministério da Saúde, o cartão domiciliar tem, além dos dados de identificação do paciente, contatos do serviço de saúde e de emergência, diagnóstico, história clínica sucinta, medicamentos em uso, visitas e procedimentos realizados pelos profissionais das equipes – no caso, apenas os médicos. Informações como curativos em úlceras de pressão ou exercícios recomendados pela fisioterapeuta, por exemplo, não são anotados nesse cartão domiciliar, apenas no prontuário domiciliar, que fica com a equipe multiprofissional.

Um ganho de qualidade em relação à utilização rotineira do cartão dar-se-á à medida que o processo de informatização da rede de saúde da SES seja estendido a todas as Coordenações Gerais de Saúde do DF, facilitando, dessa forma, o acesso à informação daquele paciente em AD para agilização e otimização de seu atendimento.

Matriciamento pediátrico

A ideia de criar uma equipe para prestar apoio pediátrico às demais da Atenção Domiciliar do DF surgiu da dificuldade de alguns médicos com o manejo de crianças, especialmente aquelas com comprometimento neurológico. Com um hospital na rede, o HMIB, especializado no atendimento a crianças, tendo inclusive recebido do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) o título de Hospital Amigo da Criança, surgiu ali a necessidade de apoio às equipes de AD para desospitalizar crianças, principalmente bebês.

“Alguns NRADs já cuidavam de crianças, mas tinham muitas dúvidas, e outros tinham até dificuldade em admitir estes pacientes pediátricos”, conta a gestora do NRAD infantil, Bibiana Monteiro.

A equipe, criada em 2012, passou a atender diretamente aos pacientes infantis das Asas Sul e Norte do Plano Piloto e uma parte do Lago Sul de Brasília, como Piloto de Projeto, que prevê a expansão da área de abrangência desses atendimentos para as regiões centro-norte e centro-sul do DF, que incluem, além das

atuais, as Coordenações Gerais de Saúde do Guará e Núcleo Bandeirante/Candangolândia/Riacho Fundo I e II, considerando as distâncias médias de 10-15 km como factíveis para a logística dos deslocamentos da equipe.

Além disso, acompanha o tratamento que fica a cargo das demais equipes espalhadas pelo Distrito Federal, por meio de reuniões de discussão de caso com a equipe responsável e visitas domiciliares às crianças selecionadas. No início do segundo semestre de 2013, o serviço prestava assistência direta a oito pacientes e acompanhava, com apoio matricial, outros 22.

O matriciamento gera um cuidado compartilhado entre as duas equipes, que costumam se alternar nas visitas. *“Quando a equipe de matriciamento surgiu, eu já tinha dois pacientes infantis, mas me dava uma certa angústia acompanhar sozinha, porque não sou pediatra. Algumas vezes até tive que encaminhar paciente para o posto de saúde, mas o médico lá também não era especialista”*, conta a médica Floribelle Castillo, que trabalha no NRAD do Núcleo Bandeirante.

Para Floribelle, a falta de experiência no atendimento rotineiro de crianças faz com que o médico tenha muitas dúvidas sobre dosagens de medicamentos e também vacinas, em casos de crianças com situação imunológica especial.

“Agora vamos receber um bebê de um ano e oito meses, que nunca saiu do hospital (HMIB), e eu e a Dra. Elaine já combinamos que vamos acompanhá-lo juntas”, afirma Floribelle, referindo-se à neuropediatra Elaine Horta de Souza, do NRAD infantil da Asa Sul.

Para Urânia Maria da Conceição, mãe de L., de 7 anos de idade, o atendimento domiciliar, com apoio da equipe matricial, é sinônimo de tranquilidade. L. sofreu um traumatismo cranioencefálico em um acidente automobilístico, quando ainda

“Quando a equipe de matriciamento surgiu, eu já tinha dois pacientes infantis, mas me dava uma certa angústia acompanhar sozinha, porque não sou pediatra.”

Floribelle Castillo, médica do NRAD do Núcleo Bandeirante/DF

“Quando fiquei sabendo desse serviço, fiquei muito feliz, porque é muito ruim estar saindo com ele, pegar para levar até o hospital”.

Urânia Maria da Conceição, mãe de L.

era bebê. *“Quando fiquei sabendo desse serviço, fiquei muito feliz, porque é muito ruim estar saindo com ele, pegar para levar até o hospital”*, afirma.

Tendo acompanhamento conjunto do NRAD do Núcleo Bandeirante e da Asa Sul, há dois anos, Urânia avalia que o estado do filho melhorou bastante. *“Ele ganhou mais peso e está mais ativo, porque antes ele era muito parquinho”*, afirma.

Desde o acidente, ele passou por uma série de internações na rede, inclusive para fazer uma gastrostomia, quando parou de engolir. Atualmente, com o acompanhamento, ele está mais estabilizado. *“Com a ajuda da Elaine para a conduta terapêutica, o L. foi melhorando, acrescentou muito em termos de assistência”*, confirma Floribelle.

O Projeto de Acompanhamento e Matriciamento Pediátrico, além dos perfis atuais de crianças pneumopatas, cardiopatas e encefalopatas crônicas associadas às condições clínicas que exijam maior recurso de saúde, também prevê o monitoramento de crianças na terceira etapa do Método Canguru; de pacientes infantis cirúrgicos, aguardando correção definitiva, como mal formações congênitas (megacólon, lábio leporino e outras); de crianças sindrômicas, com múltiplas deficiências e de crianças egressas de UTI que mantêm condições de risco, como as que foram prematuros extremos.

EMBU DAS ARTES-SP

DUAS EXPERIÊNCIAS DO MUNICÍPIO PAULISTA MOSTRAM A IMPORTÂNCIA DO DIÁLOGO PERMANENTE DO SERVIÇO COM OS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE E DA INTERLOCUÇÃO PERMANENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO, ATÉ MESMO PARA TRAÇAR AS ROTAS A SEREM SEGUIDAS AO LONGO DA JORNADA DIÁRIA, COMO DEMONSTRAM OS TRABALHOS CONSTRUINDO EM REDE E LOGÍSTICA: UM DESAFIO PARA A AD. UM TERCEIRO TRABALHO SELECIONADO PELO LABORATÓRIO MOSTRA O CUIDADO AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E O ÓBITO NO LAR.



Embu das Artes-SP

“É um serviço que os municípios vão ter que oferecer cada vez mais à população, em função desta transição epidemiológica pela qual passamos e porque é um serviço que consegue resolver muitas coisas na vida desta população”.

Sandra Magali Fihlie,
secretária de Saúde
do município de
Embu das Artes/SP

O Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde (SADS) de Embu das Artes (SP), município da Região Metropolitana de São Paulo, foi criado em 2009, antes da instituição do Programa Melhor em Casa. A motivação para a criação do serviço foi não só a busca da racionalização de custos e de leitos nos prontos-socorros que compõem a rede municipal e no Hospital de Pirajussara, que não faz parte da rede municipal e atende a outros municípios da região, mas também buscou atender a uma demanda crescente de pacientes crônicos, especialmente idosos.

“É um serviço que os municípios vão ter que oferecer cada vez mais à população, em função desta transição epidemiológica pela qual passamos e porque é um serviço que consegue resolver muitas coisas na vida desta população”, defende a secretária de Saúde do município, Sandra Magali Fihlie. Segundo ela, a implantação do serviço foi a primeira ação de sua primeira gestão à frente da SMS de Embu das Artes (2009-2012). *“E foi a mais concreta”,* avalia.

Para ela, o SADS é uma estratégia para que aconteça a integração dos serviços da rede municipal, porque consegue permeiar todos os níveis de atenção. *“O SADS funciona em rede, porque conversa com todos os gerentes”,* avalia, citando como exemplos dessa integração a padronização dos fluxos de encaminhamento de pacientes e a participação de representante do serviço nas reuniões com todos os gerentes de outros serviços da rede.

Após quatro anos de funcionamento, o município de Embu das Artes teve três trabalhos selecionados pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar, dois associados ao eixo Gestão e um terceiro relacionado ao eixo Cuidado. Foram

escolhidos os trabalhos Logística, um desafio para a AD, que trata especialmente da racionalização no uso do transporte para as equipes, o Construindo em Redes, abordando a articulação do serviço com o restante da rede municipal, e ainda Cuidados Paliativos e Óbito no Lar, que envolve o atendimento humanizado a pacientes terminais.

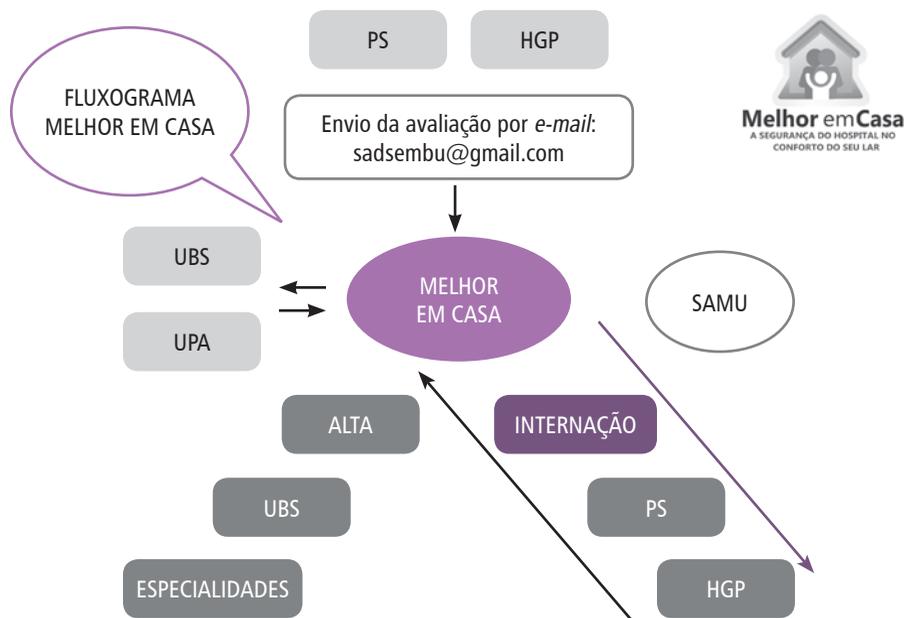
A estruturação do SADS e a rede do município

O Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde de Embu das Artes foi implantado em julho de 2009, com apenas uma equipe, que se deslocava pelo município com um veículo para o transporte de todos os profissionais. Em março de 2012, com a habilitação junto ao Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, o serviço passou a contar com duas equipes, para atender a uma população de pouco mais de 245 mil habitantes.

Atualmente, o SADS de Embu das Artes dialoga com uma rede composta por 17 unidades básicas de saúde, sendo 10 com estratégia de saúde da família, mas apenas 7 delas com cobertura de 100% da população adstrita. No município como um todo, a cobertura de ESF é de 21%. A rede municipal conta ainda com dois prontos-socorros e uma maternidade. A unidade hospitalar de referência é o Hospital Geral de Pirajussara, localizado em Taboão da Serra, município conurbado com Embu das Artes, atendendo não só a população dos dois municípios, mas sendo ainda referência de alta complexidade para pelo menos outros seis municípios vizinhos. Faz parte da rede estadual, além da rede de saúde instalada no município e no vizinho Taboão da Serra, a população recorre com frequência à rede hospitalar e de diagnóstico da capital paulista.

Para assegurar melhor fluxo de seus pacientes junto à rede, inclusive viabilizando o transporte de pacientes no município e para cidades vizinhas, a equipe pensou em um fluxo-padrão, que foi pactuado com cada nível de atenção da rede.

Figura 1 – Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde de Embu das Artes-SP



Fonte: Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde (SADS) de Embu das Artes (SP).

Mas o mais importante na prática da equipe de AD no município foi exatamente a compreensão de que o simples fato de existir um fluxograma-padrão não significaria o êxito da iniciativa. *“Na verdade, construir em rede é construir o tempo todo. Se muda o gestor do hospital, tem que ir lá conversar com ele e explicar o que ele pode esperar de nós e o que nós esperamos dele, se muda o gerente do Samu, tem que ir lá e conversar tudo de novo”*, explica o gerente do SADS, Jânio Yoshinobu Inoue.

Um bom exemplo disso foi a apresentação do serviço ao novo coordenador médico do Samu, Antônio Onimaru, que a equipe do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar acompanhou por ocasião da visita ao município. Ele ainda não havia se apropriado da organização e dos fluxos existentes na rede e também não sabia a respeito da prioridade aos pacientes do SADS nos chamados de emergência, algo que fora pactuado com o coordenador anterior.

O município conta também com transporte sanitário de pacientes, para realização de consultas, exames e tratamentos específicos em São Paulo e no próprio município, com o qual o SADS conta e com quem tem um fluxo permanente, por meio de agendamento com o encarregado do serviço. *“Uns 20% dos acamados que transportamos são do SADS e agora temos o plano de deixar uma das ambulâncias de **stand by** para estes pacientes”*, afirma o responsável pela logística do transporte sanitário do município, Antônio Carlos de Lima.

O acesso dos pacientes ao SADS se dá por meio de formulário, que pode ser enviado por *e-mail* ou em mãos, pelo paciente ou seu cuidador, mas os profissionais do serviço também realizam busca ativa nos dois prontos-socorros do município. *“Entre dois e três pacientes saem daqui todas as semanas para serem tratados pelo SADS”*, calcula a diretora de enfermagem do pronto-socorro do Vazame, Gissele Godinho.

Para realizar a busca ativa, uma enfermeira do SADS visita a unidade do Vazame pelo menos duas vezes por semana. A equipe do Vazame também encaminha os crônicos que apresentam muitas intercorrências. *“Depois que começamos a encaminhar estes pacientes para o SADS, diminuiu bastante o retorno deles à emergência”*, atesta a enfermeira da unidade.

De acordo com a secretária municipal de Saúde, o funcionamento do SADS diminuiu em até 80% a reinternação ou atendimento de emergência dos pacientes que são atendidos pelo serviço, já que boa parte destes pacientes são crônicos e o acompanhamento domiciliar consegue estabilizar seu estado de saúde. *“A Atenção Domiciliar é uma ação resolutiva para o cidadão, e não só para os acamados, por isso, logo no início da gestão, decidimos implantar o serviço com recursos próprios, e acredito que não erramos”*, afirma a secretária, que tem formação em Medicina Sanitária e Geriatria.

“Depois que começamos a encaminhar estes pacientes para o SADS, diminuiu bastante o retorno deles à emergência”.

Gissele Godinho,
enfermeira do SADS

Como a cobertura de saúde da família ainda é baixa no município, o SADS acaba tendo que manter vinculados ao serviço um grande volume de pacientes classificados como AD1. Dos 122 pacientes em atendimento em agosto de 2013, 98 deles (80,3%) eram AD1, 19 eram AD2 e apenas 5 eram AD3.

Entre as dificuldades apresentadas pelas unidades de atenção básica para atender a esses pacientes em casa, é justamente o transporte das equipes até os domicílios. De acordo com a gerente do PSF Independência, que adscrive uma população de 20 mil habitantes, Ana Cristina Santos Paes, a unidade conta com transporte apenas duas vezes por semana, e só no período da tarde. Esse único veículo acaba sendo utilizado apenas para chegar aos endereços mais distantes da unidade e priorizando os acamados e os diabéticos e hipertensos que estão descompensados, com uma média de uma visita por mês.

O desafio do transporte

A criação da logística para o transporte das equipes pelo município foi uma iniciativa coletiva dos profissionais do serviço. Começou com uma reunião, ainda em 2011, em que todos os trabalhadores opinaram sobre a melhor forma de otimizar o uso dos três veículos que tinham à disposição.

A partir daí, estabeleceram uma hierarquização para traçar as rotas do transporte a cada dia de trabalho: por prioridade de atendimento e por bairro. Para evitar visitas infrutíferas, passaram a agendar as visitas previamente por telefone. Dessa forma, diariamente, a enfermeira da equipe é encarregada de montar a agenda, a partir dos pacientes que ela e o médico precisam visitar e depois incluindo as agendas dos demais profissionais do serviço, de maneira a saírem pelo menos quatro profissionais em cada veículo, ficando dois em cada endereço, próximos entre si e com o carro ao alcance de todos.

A adoção da sistemática aumentou o rendimento das equipes, de até quatro visitas por período para até oito, com o mesmo tempo gasto. *“Procuramos também envolver o motorista no processo, que todos os dias recebe a lista de endereços a serem percorridos e monta a rota, indicando os melhores horários de acordo com a localização”*, explica Jânio.

Para Jânio, o sucesso dessa prática depende primordialmente do conhecimento que o motorista tem do território e também do entrosamento com a equipe. O conhecimento do território pode inclusive evitar risco à equipe, em locais com ocorrência de violência. *“Um dos nossos carros é cedido pela Secretaria e pode vir todos os dias um motorista diferente e notamos que o rendimento não é o mesmo dos que estão conosco todos os dias”*, compara o gerente do SADS.

Cuidados paliativos e óbito no lar

“A gente só precisava de alguém que nos desse a mão”. Essa frase, da dona de casa Glória, moradora do município paulista de Embu das Artes, resume o apoio que ela e a família receberam da médica Carla Freitas, do Serviço de Atenção Domiciliar em Saúde (SADS) do município, nos últimos dias da irmã, Maria Goreti, que faleceu no início de 2013, depois de ter descoberto, apenas sete meses antes, um câncer avançado, já em metástase.

Quando procurou a unidade básica de saúde próxima à sua casa, Glória queria saber como a equipe da UBS poderia apoiar a família, já que a paciente, depois de percorrer uma série de serviços de saúde da capital paulista, fora desenganada por todos que a atenderam e examinaram. *“Era difícil, porque tinha irmão, e até ela mesma, que insistia que devia continuar tendo tratamento; tinha até vizinho que cobrava da gente, que dizia que a gente estava vendo ela morrer e não fazia nada, mas não tinha jeito”*, relembra, não sem chorar, a irmã.

Foi a equipe da UBS quem a encaminhou para o SADS, não para que buscassem alguma forma de tratamento milagroso, mas para que Maria Goreti recebesse os cuidados paliativos que minorassem o sofrimento nos últimos dias de vida e para que a família fosse preparada para o inevitável, não

“Era difícil, porque tinha irmão, e até ela mesma, que insistia que devia continuar tendo tratamento; tinha até vizinho que cobrava da gente, que dizia que a gente estava vendo ela morrer e não fazia nada, mas não tinha jeito”.

Glória, dona de casa

só emocionalmente, mas operacionalmente também. *“Ela orientou a gente, para o caso de acontecer à noite ou no fim de semana, deixou a documentação toda pronta”,* relembra Glória.

Assim como a família de Maria Goreti, a equipe da médica Carla Freitas acompanhou outros oito óbitos de pacientes em seus domicílios. O atendimento começa com a elaboração do perfil do domicílio, que subsidiará a estratégia em abordar a iminência do óbito com os familiares. Mais que tranquilizar os familiares a respeito do óbito no lar, a equipe também trabalha com a aceitação da família. *“Muitos têm consciência, mas resistem muito em admitir que não tem outro caminho que não a aceitação, para garantir conforto e segurança ao enfermo”,* defende a médica.

Carla reconhece que este não é um trabalho fácil e requer preparação também da equipe para enfrentar situações difíceis. *“Para que os profissionais que trabalham comigo entendam o que se passa com os pacientes, recomendo a eles a leitura de textos sobre cuidados paliativos, inclusive um caderno de textos da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) sobre o assunto, que também abordam os aspectos psicológicos, como as fases do sofrimento por que passam o paciente e seus familiares”,* explica a médica.

Para ela, é importante a participação de um profissional da psicologia nesse trabalho, com o qual a equipe do SADS não conta em sua estrutura. *“O psicólogo é importante para trabalhar pacientes e familiares, mas também para nos apoiar, porque a gente tem que estar preparado para este atendimento, que é muito difícil”,* explica.

Na falta do psicólogo na equipe, a médica, ao verificar a necessidade desse tipo de atendimento à família ou ao paciente, encaminha para os grupos de psiquiatria que existem em algumas das unidades básicas de saúde do município. *“Mas tem paciente que é resistente e que prefere que a gente converse com eles, se sentem mais à vontade, porque têm mais vínculo com a gente, que já tem contato com eles dentro da casa”,* afirma.

Mesmo com apoio psicológico, ela reconhece que os profissionais que vão lidar com esse tipo de cuidado têm que ter perfil para a atividade. *“Se vejo que o profissional não tem o perfil para lidar com a morte e com o paciente terminal, é melhor não levar para o domicílio do paciente”,* acrescenta.

O trabalho envolve também o respeito às crenças religiosas do paciente, que podem servir para apoiar as famílias. *“Dependendo da religião da família, a gente tem que ter alguns argumentos para a morte, se não tenho conhecimento da religião que seguem, busco informações para poder ajudar o paciente que a segue”*, afirma.

Os casos são discutidos pela equipe, que busca acompanhar o percurso do paciente e familiares pelas cinco fases do sofrimento (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), de forma a prestar a assistência adequada em cada uma dessas etapas. O apoio também se dá nas oficinas de cuidadores, em que os familiares podem se apoiar mutuamente e discutir as dificuldades diárias e os medos, buscando soluções comuns por meio de trocas solidárias.

“Dependendo da religião da família, a gente tem que ter alguns argumentos para a morte, se não tenho conhecimento da religião que seguem, busco informações para poder ajudar o paciente que a segue”.

Carla Freitas, médica do SADS de Embu das Artes/SP

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE-RS

COM UM SERVIÇO DE AD CONSOLIDADO E FUNCIONANDO HÁ 10 ANOS, O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO PODE SER CONSIDERADO REFERÊNCIA NA CRIAÇÃO DE FERRAMENTAS E NOVAS TECNOLOGIAS PARA A OFERTA DO CUIDADO A PACIENTES EM SEUS DOMICÍLIOS, O QUE PODE SER VERIFICADO NOS QUATRO TRABALHOS SELECIONADOS PELO LABORATÓRIO DE AD: TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL EM PACIENTES ATENDIDOS POR UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS; PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR; TREINAMENTO SOBRE ASPIRAÇÃO E HIGIENE DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E TRAQUEOSTOMIA; E ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA NO DOMICÍLIO: UMA EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.



Divulgação/GHC

Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre-RS

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma sociedade de economia mista que faz parte da rede federal de atenção à saúde, prestando atendimento aos cerca de 400 mil habitantes da zona norte de Porto Alegre, capital gaúcha. Lá, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) funciona desde 2004 e foi implantado seguindo a lógica da desospitalização de pacientes, que poderiam ter alta de um dos hospitais do grupo – o Hospital Conceição (geral), o Femina, o Cristo Redentor (trauma) e o Hospital da Criança – e continuar o tratamento em seus domicílios, contando com a assistência das equipes de Atenção Domiciliar da própria instituição.

Um dos pioneiros no Brasil nessa modalidade de atenção, o PAD foi construindo, ao longo de sua trajetória, uma série de inovações que viabilizaram o desenvolvimento de suas atividades, sempre buscando garantir um atendimento eficiente, uniforme e seguro aos mais de 700 novos pacientes que passam pelo programa a cada ano. E quatro dessas experiências, todas inscritas no Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar no eixo Atenção, se mostraram relevantes para construção de modelos de práticas para as equipes que atuam no país.

São eles: triagem de risco nutricional em pacientes atendidos por um programa de Atenção Domiciliar no SUS; procedimento operacional padrão em atenção domiciliar; treinamento sobre aspiração e higiene de vias aéreas superiores e traqueostomia; e antibioticoterapia endovenosa no domicílio: uma experiência do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição.

Antes de tratar dos trabalhos do GHC selecionados pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar, é preciso localizar a atuação do grupo dentro do sistema de saúde da capital gaúcha e também o que representa o PAD no leque de serviços oferecidos no território em que atua. Afinal de contas, o GHC, ao ofertar serviços variados, da atenção básica à hospitalar, e dentro de uma área restrita à zona norte de Porto Alegre, pode ser visto como um sistema de saúde inserido dentro da rede do município.

O GHC e a rede SUS em Porto Alegre

O GHC é custeado por recursos federais, atualmente no valor mensal de R\$ 12 milhões, previstos em um contrato globalizado firmado em abril deste ano com a gestão municipal, no qual a produção do grupo é detalhada em um plano operativo. Do montante total, R\$ 1,324 milhão são destinados a outras modalidades de atenção também ofertadas pelo grupo, quais sejam: 12 unidades básicas da saúde (UBS), 39 Equipes de Saúde da Família (ESF), 20 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

Esta foi a primeira vez que o contrato previu o pagamento pelos serviços prestados por estas unidades, contando com a anuência da gestão municipal. Pelo mecanismo previsto no contrato, a cada mês, o Fundo Nacional de Saúde notifica o Fundo Municipal de Saúde de Porto Alegre da quantia que seria repassada ao município, a título de incentivo para manutenção de serviços de atenção básica e urgência e emergência, para depois o valor correspondente ser transferido para a Conta Única da União, a crédito do GHC.

Já o Programa de Atenção Domiciliar é custeado por meio de autorizações de internações hospitalares (AIHs), mecanismo pelo qual são custeados os gastos com pacientes internados em unidades do Sistema Único de Saúde. Está institucionalmente vinculado ao setor de urgências e emergências e, por fazer parte da estrutura do próprio hospital, conta com a unidade para obtenção de materiais, insumos e medicamentos necessários à execução do trabalho nas residências dos pacientes.

Com uma média mensal de 50 novos pacientes por mês, o serviço representa uma racionalização de 1,5 mil leitos/mês ao longo do ano, distribuídos entre os quatro hospitais do grupo, segundo cálculos do médico Sati Jaber Mahmud, coordenador do PAD. Em média, acompanham entre 100 e 110 pacientes por mês, já que a permanência do paciente no programa pode se estender por mais de um mês. *“Em média, o tempo de permanência do paciente conosco é de 30 dias, mas temos muitos casos que chegam a 60 dias e outros que ficam muitos meses”*, explica Mahmud.

A racionalização dos leitos dentro das unidades hospitalares representa uma economia que se mostrou um dos melhores argumentos dos defensores do PAD, ao querer garantir não só a continuidade do programa, mas também a sua ampliação – em número de profissionais, em infraestrutura e conseqüente capacidade de atendimento.

Em 2012, enquanto no Programa de Atenção Domiciliar o custo médio por paciente/dia foi de R\$ 172, o custo do mesmo paciente internado em setores do hospital variou de R\$ 670 a R\$ 750 por dia, dependendo da área em que estivesse internado. O custo anual do serviço fica em torno de R\$ 2,9 milhões, uma média de R\$ 250 mil por mês, aí incluídos a folha de pagamento dos profissionais, medicamentos, insumos, transporte e outros gastos com a manutenção do trabalho.

Tabela 1 – Custos do paciente/dia dos postos com relação de transferências de paciente para o PAD

Unidades de internações	Custo médio do paciente dia					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
3° C – Méd. Interna – HNSC	65,70	400,73	503,72	540,45	602,81	638,53
Serviço Internação Domiciliar (SID)/GHC	95,18	100,71	105,93	47,58	167,92	171,93
Δ % evolução PAD		6%	5%	47%	67%	62%

Fonte e elaboração: Sistemas Informações de Custos (GHC).

O PAD desospitaliza apenas pacientes dos quatro hospitais do grupo e sua interface com a atenção básica do município nem sempre é fácil. *“Quando o paciente mora em uma área de abrangência de uma de nossas equipes de saúde da família, fica mais fácil a integração, mas se não, temos muitas dificuldades, porque a cobertura de saúde da família no município ainda está em torno de 38%”,* afirma o coordenador.

Além disso, segundo Sati, quase metade das 178 equipes de ESF hoje atuando na capital gaúcha enfrentam problemas de permanência dos médicos. E é por dificuldades no encaminhamento do paciente para a atenção básica que Mahmud reconhece que as equipes acabam mantendo o paciente por mais duas ou três semanas, até que esteja em condições mais estáveis.

Também por falta de serviço semelhante no resto da cidade, o PAD também acaba admitindo pacientes (os mais graves, como tetraplégicos, traqueostomizados) fora de área que moram em regiões limítrofes do território de abrangência do PAD. *“Praticamente todas as equipes têm um ou dois pacientes fora da área, mas se é um paciente estável e a gente sabe que a atenção básica vai dar conta, a gente não pega”*, exemplifica o coordenador.

Os profissionais também encontram dificuldades no encaminhamento de pacientes para reabilitação, especialmente porque muitos destes pacientes precisam de transporte adequado até o centro especializado, o que o município nem sempre consegue ofertar para toda a demanda. *“Se os pacientes são do Cristo Redentor, que é nossa referência de trauma, a reabilitação é feita por lá, mas fora isso, fica difícil”*, explica Mahmud. Com apenas uma fisioterapeuta no serviço, o PAD oferece fisioterapia motora e respiratória em domicílio.

Como o município de Porto Alegre não tem equipes habilitadas no Programa Melhor em Casa ou disponha de serviço semelhante, o PAD também só aceita pacientes que residam em sua área de atuação, o que também limita as possibilidades de captação, mesmo na busca ativa. *“Na emergência do Conceição, por exemplo, 40% dos pacientes que chegam não moram em nossa área de abrangência, e alguns são até de outros municípios, principalmente Viamão e Alvorada, que fazem parte da região metropolitana”*, afirma Mahmud. Por ser referência regional, o Conceição também recebe muitos pacientes de outras regiões da capital e de outros municípios da região metropolitana para cirurgias diversas, internação em UTI e consultas de especialidades disponibilizadas por meio da central de regulação do município.

O formato do programa

As equipes do Programa de Atenção Domiciliar do GHC têm formato diferente do preconizado pelo Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde. São seis Emads para atender a uma população de 400 mil habitantes, quando o previsto pelo Ministério da Saúde é uma equipe multiprofissional para cada 100 mil pessoas.

São quatro equipes para atendimento de adultos e idosos e outras duas para pacientes pediátricos, cada uma delas atendendo uma média de 15 pacientes, número

muito inferior aos 60 recomendados pelo Melhor em Casa. Cada equipe conta com um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.

Em contratapartida, o programa conta com apenas uma equipe de apoio, uma espécie de Emap, para atender a toda a clientela. Essa Emap é formada por uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma nutricionista.

O transporte das equipes é uma das dificuldades enfrentadas no dia a dia. São três carros por dia, em jornadas que variam das 8h às 18h. *“Temos uma média de 0,5 carro por equipe, quando o normal em outros serviços é 1,5 carro para cada equipe”,* compara Mahmud, reconhecendo que a carência desse recurso fundamental para a Atenção Domiciliar *“engessa o serviço”*. *“A gente procura fazer itinerários bons, com proximidade entre os endereços dos pacientes, para poder sair todo mundo junto, e mesmo assim a gente chega a perder de 50 minutos a 1h20 em um único deslocamento, dependendo do horário e do percurso”,* exemplifica.

Levando-se em conta as dificuldades com a locomoção e a complexidade dos pacientes, a média de visitas domiciliares por equipe é de quatro visitas por turno do dia.

A discussão para a criação de duas equipes pediátricas, em 2008, se deu em virtude do número de pacientes egressos do Hospital da Criança, o que fez que a própria unidade hospitalar disponibilizasse dois de seus pediatras para o programa.

Perfil dos pacientes

Boa parte da clientela do PAD é formada por famílias de baixa renda, muitas vivendo em comunidades com pouca infraestrutura urbana, locais que a população local costuma chamar

“A gente procura fazer itinerários bons, com proximidade entre os endereços dos pacientes, para poder sair todo mundo junto, e mesmo assim a gente chega a perder de 50 minutos a 1h20 em um único deslocamento, dependendo do horário e do percurso”.

Sati Jaber Mahmud,
médico e coordenador
do PAD

de vilas, com índices de violências característicos de localidades com situações de exclusão social e presença do tráfico de drogas.

Como em todas as famílias de baixa renda, o adoecimento de um dos entes pode representar riscos de vulnerabilidade social para o grupo familiar. Isso gera a necessidade de interlocução permanente da assistente social do PAD com o Centro de Referência em Assistência Social (Cras) da região, em busca de soluções para problemas que muitas vezes transcendem o setor saúde.

“A gente tenta, sempre que possível, fazer visitas conjuntas com as equipes do CRAS e da atenção básica da região, tentamos essa integração especialmente quando estamos preparando o paciente para a alta do nosso serviço”, atesta Mahmud.

A maior parte dos pacientes pediátricos chega ao programa para concluir tratamentos para doenças respiratórias, de bronquiolite, asma e outras infecções. Essas patologias representam 90% da clientela de até 12 anos e são de curta permanência. Uma pequena minoria fica muito tempo, porque são pacientes que requerem tratamentos mais prolongados ou permanentes, como os que têm doenças neurovegetativas, como paralisia cerebral, por exemplo.

Entre os adultos, muitos convalescendo de acidentes vasculares, muitos traumatizados e pacientes oncológicos. A maioria apresenta comorbidades e muitos chegam repetidamente ao serviço por causa de úlceras de pressão, principalmente quando estiveram internados por longo período.

Triagem de risco nutricional

Como o programa conta com apenas uma nutricionista para atender a todos os pacientes, há a necessidade de priorizar aqueles com maior necessidade de acompanhamento, por estarem mais suscetíveis e, por isso, em situação de maior risco nutricional. Isso gerou a necessidade de aplicação de um método de avaliação nutricional que pudesse ser aplicado por qualquer um dos profissionais que realizam visitas, principalmente quando é o primeiro contato com o paciente em sua residência.

A ferramenta de avaliação encontrada foi a *Malnutrition Screening Toll (Must)*, recomendada para a área clínica e de saúde pública por ser simples e rápida, que é aplicada em todos os pacientes adultos.

O Must considera três itens: perda de peso não intencional nos últimos 3 meses a 6 meses; índice de massa corporal (IMC); e efeito agudo da doença sobre a ingestão alimentar. Para a realização da triagem nutricional a partir do Must, os profissionais seguem cinco passos:

1. Aferição da altura e do peso corporal para estimativa do IMC. Caso não seja possível, outras medidas antropométricas (antebraço, altura do joelho, semievergadura e circunferência do braço) e critérios subjetivos alternativos podem ser utilizados.
2. Avaliação de perda de peso recente e não intencional.
3. Estimativa do efeito agudo da doença.
4. Soma da pontuação obtida para os questionamentos dos passos 1-3 para obter o escore final de risco nutricional (0 = baixo risco, 1 = médio risco, 2 = alto risco nutricional).
5. Desenvolvimento do plano de tratamento nutricional de acordo com a categoria de risco (0 = cuidados de rotina, 1 = observar, 2 = tratar).

Figura 1 – Triagem de risco nutricional

1. IMC _____
0 = IMC > 20 kg/m ²
1 = IMC > 18,5-20 kg/m ²
2 = IMC > 18,5 kg/m ²
2. Perda ponderal:
0 = < 5%
1 = 5 a 10%
2 = > 10%
3. Consumo alimentar alterado:
0 = Come mais da metade
1 = Come menos da metade
2 = Ausência de ingestão alimentar
() 0 = Baixo risco
() 1 = Médio risco
() 2 = Alto risco

1. Qual o seu peso? _____ 2. Qual a sua altura? _____
3. Você perdeu peso nos últimos 3-6 meses? _____
4. Quanto peso você perdeu nos últimos 3-6 meses? _____
5. Como está o seu consumo alimentar?
 - () Normal.
 - () Estou comendo mais da metade do que costumava comer.
 - () Estou comendo menos da metade do que costumava comer.
 - () Não estou comendo praticamente nada.
 - () VO.
 - () SNE.
 - () Jejunostomia.
 - () Gastrostomia.

Fonte: Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do Grupo Hospitalar Conceição.

De janeiro de 2012 a fevereiro de 2013, foram triados 217 pacientes, dos quais 41 estavam em uso de sonda nasoenteral, 12 em gastrostomia e 3 em jejunostomia. Segundo o Must, 43,7% dos pacientes estavam em alto risco nutricional e 19,1% em risco médio. A perda de peso média nos últimos meses foi de $7,17 \pm 9,17\%$.

Para orientar os profissionais das equipes na aplicação da ferramenta, a nutricionista montou um rápido treinamento, em que explica como devem ser aferidas as medidas antropométricas e as situações especiais que podem afetar o peso final (como gestação, amputação de membros, lactação e distúrbios eletrolíticos).

As principais patologias e intercorrências que necessitaram de intervenção nutricional foram diabetes, hipertensão arterial, inapetência, disfagia e constipação, nos pacientes com alimentação por via oral. Já nos pacientes em uso de dieta enteral, a maior demanda envolveu orientações de administração da dieta, higienização adequada de frascos e equipos e presença de diarreia.

A triagem nutricional realizada pelos demais integrantes das equipes possibilita a identificação precoce do risco e possibilita o alerta à nutricionista, para que realize uma avaliação mais completa, de maneira a minimizar precocemente os efeitos da desnutrição e auxiliando na adesão ao tratamento e melhora clínica do paciente.

“Como não encontramos nenhuma ferramenta específica para a atenção domiciliar, optamos pela MUST, porque ela demonstra ter validade em outras modalidades de atenção e é a usada na emergência daqui também”, explica a nutricionista do serviço, Karine Zortéa. Para ela, uma das dificuldades dos profissionais do PAD na aplicação do Must é ter um dado confiável sobre o peso real do paciente no momento da avaliação. “Muitos são acamados e, por isso, não tem como pesar na balança, então tem que fazer as medidas de estimativa e investigar bem se esse peso que eles estão relatando é um peso de cinco anos atrás ou se realmente é recente”, explica.

“É uma ferramenta muito útil, porque tem tantas coisas que a gente tem que ver quando chega na casa do paciente, que pode acabar esquecendo esse dado, que pode interferir na melhora do quadro clínico”, atesta a enfermeira Desireé Thomé, que, recém-formada, teve o PAD como primeiro emprego. Ela reconhece que às vezes é difícil estimar o peso atual do paciente, mas tem como tirar as medidas e, como as visitas são realizadas por equipes multiprofissionais, os integrantes sempre opinam a respeito antes de chegar a uma conclusão.

“A gente ficava com medo de não saber cuidar e de levar para casa e ele voltar mais debilitado”.

Tânia Freitas, filha do paciente Nercy

O treinamento dos cuidadores em aspiração e higiene das vias aéreas superiores e traqueostomias

A primeira visita à casa de um paciente recém-admitido no programa é sempre tumultuada pela quantidade de informações novas a serem fornecidas pelas equipes e sombreada por tensões, especialmente da família, ainda insegura a respeito dos cuidados que devem ser dispensados ao paciente.

Mesmo passando por um treinamento no hospital, na maioria das vezes, por profissionais do próprio PAD, os cuidadores costumam queixar-se de que, na realidade do dia a dia, a execução de algumas tarefas passa a ser mais complexa do que esperavam.

Sempre em busca de alternativas para melhoria dos serviços, a equipe do PAD decidiu aproveitar a estrutura do laboratório do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do GHC para realizar ali a preparação dos cuidadores que estavam com previsão de levar seus pacientes para casa.

O laboratório conta com bonecos apropriados ao treinamento, bem como os equipamentos e materiais adequados aos procedimentos que serão realizados no domicílio, como aspiradores e cânulas.

Foi o treinamento que ajudou a vencer as resistências de Eva de Azevedo Freitas e sua filha, Tânia, em levar o marido e pai para continuar o tratamento em casa. *“A gente ficava com medo de não saber cuidar e de levar para casa e ele voltar mais debilitado”*, confessa a filha, que admite ter pavor em realizar a aspiração da traqueostomia. *“Ela briga comigo para só limpar o caninho, é a única coisa que ela conseguia fazer”*, conta Eva, a esposa do paciente. O marido, Nercy, foi diagnosticado com um câncer de laringe em dezembro de 2012 e, em fins de julho de 2013, estava saindo do terceiro tratamento, dessa vez radioterápico. Só precisou ficar internado durante os tratamentos.

Mais recentemente, os profissionais do serviço produziram um vídeo com cada um dos pontos do treinamento presencial, para que os cuidadores possam consultar, quando tiverem dúvidas. Além do vídeo sobre a aspiração e higiene das vias aéreas superiores e traqueostomias, produziram ainda vídeos explicativos, com um passo a passo, sobre banho no leito, tanto masculino quanto feminino, higienização dos cabelos e também sobre o uso do cateterismo vesical intermitente feminino. Também está em produção um outro vídeo, sobre alimentação por sonda, sobre a qual já existe um manual por escrito, em que a equipe informa, inclusive, a quantidade de dieta industrializada que deve ser administrada e com que frequência e horários, ensinando ainda como higienizar os equipamentos após cada alimentação. Todos são apresentados pela fisioterapeuta Verlaine Lagni e pela enfermeira Diani Machado.

O suporte em vídeo, no entanto, muitas vezes esbarra em carências da própria família, como o fato de não terem computador ou reproduzidor de DVD. Também é possível assistir aos vídeos pela internet, mas o acesso à *web* de pessoas de baixa renda é, muitas vezes, por meio de smartphones com contas pré-pagas. *“Se eles têm dúvida, mas não têm crédito no celular, acabam sem conseguir esclarecer”*, explica Verlaine.

Foi o que aconteceu com o irmão da jovem K. L. S. G., de apenas 16 anos de idade e mãe de uma criança com pouco mais de um ano. Ela ficou tetraplégica após ser atingida por um tiro na quarta vértebra, em junho de 2013. Sem possibilidade de recorrer ao vídeo, teve que contar com mais explicações da equipe, durante a primeira visita que fizeram à jovem, logo após a alta hospitalar. Para ele e a mãe, o mais difícil é movimentar a paciente, tanto no leito quanto levá-la até uma poltrona na sala. Para isso, o irmão, de 19 anos de idade, decidiu improvisar, fazendo uma espécie de padiola com um lençol. *“É muito difícil, porque um pulmão dela não está funcionando muito bem e a gente fica com medo que ela sufoque”*, conta a mãe.

Procedimentos operacionais padrão

A partir da ampliação no número de equipes e conseqüente chegada de novos profissionais no serviço, a equipe do PAD sentiu a necessidade de uniformizar também os próprios procedimentos. E assim surgiram os procedimentos operacionais padrão, que detalham não só o passo a passo de cada procedimento na casa dos pacientes, mas também os materiais necessários, com as quantidades discriminadas, o que facilita a seleção de material antes de cada saída, de acordo com os pacientes que serão visitados ao longo do percurso.

Para a equipe, a padronização representou economia de tempo e de materiais. *“Também é uma economia de tempo para o treinamento e apoio aos profissionais”*, acrescenta a fisioterapeuta Verlaine Lagni. Para o coordenador do programa, a principal vantagem dos POPs é a qualificação do serviço. *“Pode acontecer de os setores dos hospitais, sabendo que temos um serviço bem estruturado, nos encaminhem mais pacientes, mas ainda é cedo para avaliar”*, explica Mahmud.

Com início em 2012, em julho de 2013, já eram sete POPs revisados e validados pela equipe de saúde. Entre os temas eleitos como de maior relevância pela equipe estão: heparinização e curativo de cateter venoso central, administração de medicação endovenosa, técnica limpa para realização de curativos em ferida aberta e incisão simples, instalação de oxigênio por cateter nasal e óculos nasal, passagem de sonda nasoentérica, cateterismo vesical de demora, cateterismo vesical de alívio e aspiração de vias aéreas e traqueostomia.

“É importante quantificar os materiais e é por isso que estamos querendo fazer esse levantamento também para o material necessário ao tratamento de feridas, porque temos muitos pacientes nesta situação”.

Sati Jaber Mahmud,
médico e coordenador
do PAD

Para elaboração dos POPs, foi criado um grupo de referência, composto pelas seis enfermeiras e pela fisioterapeuta do serviço, a Comissão de POPs na Atenção Domiciliar. Além dos procedimentos técnicos, pretendem ainda usar a mesma sistemática para as atividades administrativas. Os planos para 2013 incluíram POPs para: orientação ao cuidador sobre administração de dieta enteral e higienização de materiais, acompanhamento da evolução de feridas por meio de registro fotográfico, coleta de exames laboratoriais no domicílio, desbridamento instrumental, instalação e troca de bolsa de colostomia, ileostomia e nefrostomia, transporte e precauções-padrão para pacientes portadores de germes resistentes, higienização de nebulizadores e aspiradores portáteis, gerenciamento de resíduos no domicílio, solicitação de materiais e insumos do setor e confecção de espaçadores descartáveis para inalação de medicamento.

Cada POP discrimina o tipo de tarefa, o responsável pela execução, o local onde a tarefa será desenvolvida, a forma de registro da tarefa, a descrição da atividade, o material necessário, o resultado esperado e as ações corretivas, entre outras observações.

Após a conclusão do trabalho de elaboração na comissão dos POPs, cada documento é discutido pela equipe multiprofissional e também com a Comissão de Controle de Infecção do Hospital Nossa Senhora da Conceição, além da Comissão de Sistematização dos Serviços de Enfermagem e da responsável técnica de enfermagem, para validar os procedimentos que depois serão usados na capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento.

“É importante quantificar os materiais e é por isso que estamos querendo fazer esse levantamento também para o material necessário ao tratamento de feridas, porque temos muitos pacientes nesta situação”, explica Mahmud, acrescentando que o serviço ainda não tem como estimar a quantidade necessária de material. “Isso vai ajudar até na hora de

disponibilizar o material que vai ficar na casa do paciente, porque alguns materiais são caros, como a tela de silicone, o alginato”, acrescenta.

Para monitorar as feridas, as equipes já trabalham com o registro fotográfico a cada visita, em que aproximam uma régua de papel da ferida para medições, que são registradas no prontuário, de maneira a tornar possível a avaliação da melhora.

Antibioticoterapia endovenosa do domicílio

A sistemática para oferecer antibioticoterapia endovenosa no domicílio foi alternativa encontrada para evitar infecções hospitalares e também para liberar leitos que estavam sendo ocupados por pacientes que estavam estáveis, dependendo apenas da administração diária do medicamento.

O procedimento é oferecido desde o início do serviço, mas os dados de atendimento só começaram a ser sistematizados há cinco anos. Nesse período, 113 pacientes receberam esse tratamento no domicílio, por um tempo médio de nove dias. A maioria desses pacientes foram mulheres jovens, entre 21 anos e 40 anos de idade, que representaram 33% das demandas. Já as mulheres com mais de 60 anos foram 20% dos atendidos.

As principais infecções tratadas foram do trato urinário, genital e de órgãos pélvicos relacionados a abortos, mas também receberam esse tratamento em domicílio pacientes com osteomielite, infecções respiratórias e de pele, entre outros agravos.

Além de ser uma prática preventiva às infecções hospitalares, esse tratamento em domicílio também representa uma economia considerável para o hospital. Segundo dados do setor de faturamento do GHC, em 2011, a despesa diária de um paciente internado na unidade de medicina interna do hospital era de R\$ 602,81, enquanto, no atendimento domiciliar, esse gasto era de R\$ 167,92.

A vantagem a mais é permitir o retorno do paciente ao ambiente familiar, o que muitas vezes representa um alívio para as famílias. É o que atestam, por exemplo, os pais do adolescente G. A. O., com 14 anos de idade e há dois paraplégico após ser atingido por um tiro que ainda está instalado em sua coluna cervical. Clair e Clodoaldo dividem os cuidados com a atenção à filha caçula, de 8 anos de idade, e também com o pequeno comércio que mantêm em frente à residência.

“Ele tem vergonha, não quer que ninguém veja ele, e a escola também não está preparada para receber um aluno como ele”.

Clair, mãe de G. A. O.

Desde o acidente, o adolescente já passou pelo PAD muitas outras vezes, depois de pelo menos três internações. Na última, no início de julho de 2013, estava com uma pneumonia, mas ficou apenas dois dias no hospital. Ele também tem infecções urinárias frequentes. *“Ele ficar no hospital é uma agonia, porque somos só eu e o pai, aí um fica de dia e o outro de noite”*, conta a mãe. Também já passou 10 dias no hospital por causa de uma osteomielite, para a qual precisou de cirurgia.

O paciente é um exemplo claro das dificuldades de uma equipe de Atenção Domiciliar quando há necessidade de uma articulação intersetorial que possibilite maior apoio à família, especialmente o psicológico. Desde o acidente, o jovem se recusa a ir à escola e não quer sair de casa. *“Ele tem vergonha, não quer que ninguém veja ele, e a escola também não está preparada para receber um aluno como ele”*, acredita a mãe. Na conversa durante a visita, o médico procura mostrar aos pais que o garoto precisa se reabilitar para conviver com a nova realidade, mas a mãe continua acreditando que ele poderia voltar a andar, *“se a gente tivesse mais recursos”*.

Como forma de compensar a triste realidade do filho, os pais adotaram a estratégia de deixá-lo fazer o que desse vontade, algo que se estende à alimentação. O resultado é que o paciente também está frequentemente com problemas nutricionais. Sem querer sequer sair do quarto, o menino vive entre um computador conectado à internet, uma TV com canais pagos e um videogame dos mais modernos, para o qual sempre tem novos joguinhos. *“O dinheiro é para ele, então compro o que ele me pede”*, afirma o pai, referindo-se ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) que recebe pelo filho com deficiência. Com a preocupação de atender no presente, a família deixa de lado as perspectivas de futuro para o filho, que, por não querer ser visto por estranhos, também não frequenta a fisioterapia.

As infecções hospitalares

Apesar de absorver os pacientes do próprio grupo, a equipe do GHC nunca realizou estudo sobre frequência de infecções ocorridas no domicílio entre pacientes atendidos pelo PAD. *“Comparações entre unidades de internação não são sistematicamente realizadas, mesmo em áreas monitoradas, visto que características dos pacientes e das especialidades divergem bastante. O delineamento de um estudo comparativo necessitaria ser um estudo caso-controle, de realização difícil e dispendiosa”*, explica o médico infectologista Diego Falci, do setor de infecção hospitalar do GHC.

No hospital, a vigilância é feita em todas as áreas. Nas áreas consideradas mais críticas, como a UTI, a medicina interna, a hematologia e a cirurgia vascular, há mensuração sistemática de indicadores de infecções hospitalares, gerais e de acordo com o tipo de exposição. Em outras áreas, a qualquer tempo, existe vigilância contínua de infecções hospitalares, com medidas de precauções e isolamentos, coorte de pacientes colonizados e infectados, higienização terminal e *check list* para desinfecção do ambiente, entre outros procedimentos. Acompanham uma média de 250 pacientes por mês, de acordo com o número de leitos em cada uma das áreas monitoradas. As ocorrências são monitoradas e classificadas de acordo com o tipo de exposição, se por ventiladores ou por diversos tipos de sondas e cateteres.

De acordo com Falci, pelo fato de a vigilância ter por base o tipo de exposição dos pacientes, fica difícil traçar um comparativo entre a internação e o cuidado em casa por meio do PAD. Atualmente não existem indicadores consagrados para monitorização de infecções hospitalares na atenção domiciliar. *“É difícil criar um indicador específico para a atenção domiciliar, talvez se usássemos como parâmetro os pacientes que usam*

“Comparações entre unidades de internação não são sistematicamente realizadas, mesmo em áreas monitoradas, visto que características dos pacientes e das especialidades divergem bastante. O delineamento de um estudo comparativo necessitaria ser um estudo caso-controle, de realização difícil e dispendiosa”.

Diego Falci, infectologista do setor de infecção hospitalar do GHC

“Podemos tirar pelo menos três pacientes por dia da emergência, mas para isso precisaremos de mais um médico e ampliação do transporte”.

Sati Jaber Mahmud,
médico e coordenador
do PAD

sonda vesical (existem muitos pacientes), entre os setores do hospital e o PAD, mas nunca fizemos isso”, afirma Falci.

Outro complicador para verificação dessas infecções é o fato de muitos dos pacientes que começam a ser atendidos no PAD já saírem do hospital “colonizados”, para concluírem o tratamento do domicílio.

Perspectivas de futuro

Está nos planos da equipe do PAD iniciar um processo de busca ativa na emergência do próprio Hospital Conceição e na UPA norte da capital, que também é administrada pelo GHC. *“Podemos tirar pelo menos três pacientes por dia da emergência, mas para isso precisaremos de mais um médico e ampliação do transporte”, explica Mahmud.*

Outro plano é começar a fazer pesquisa relacionada à atenção domiciliar, porque há pouca literatura sobre o assunto no país. *“Já estamos finalizando um projeto de pesquisa sobre o nosso perfil assistencial, afinal de contas, já temos 9 anos e já atendemos mais de 4 mil pacientes”, afirma o coordenador.*

Também pretendem implementar pesquisas relacionadas ao custo da atenção domiciliar, como comparação entre pacientes que passaram pelo mesmo tratamento, no hospital ou em casa. *“Podemos comparar vários pontos: o custo, o desfecho clínico, tempo de permanência, infecção hospitalar. Renderá trabalhos muito bons e isso ajuda a convencer os gestores da relevância do serviço”, acredita o médico.*

Os profissionais do serviço também querem desenvolver uma residência multiprofissional, como parte do programa de residência em saúde da família e comunidade no GHC e estão montando ainda uma residência em cuidados paliativos.

PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR À CRISE (PADAC) – SALVADOR-BA

O PADAC PREVÊ O ATENDIMENTO DOMICILIAR A PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO QUE, EM CRISE, ABANDONAM O TRATAMENTO. O ACOMPANHAMENTO É FEITO POR ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, USANDO COMO PRINCIPAL FERRAMENTA PARA A INTENSIFICAÇÃO DO CUIDADO A TECNOLOGIA RELACIONAL.



Padac – Salvador-BA

A partir da década de 1970, com a experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, dirigida por Franco Basaglia, podemos observar mudanças significativas não somente no paradigma da loucura, mas, principalmente, no modelo de assistência aos portadores de sofrimento mental.

A partir de então, a inserção social, o território e a rede substitutiva compõem a base de regimento do novo modelo de assistência. No Brasil, o movimento que ganhou corpo ao longo das duas décadas posteriores culminou com a instituição da Lei nº 10.216, em 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial.

De acordo com a nova legislação brasileira de saúde mental, o sistema de atendimento a pessoas com transtorno mental passa a ter como princípio norteador a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A reforma psiquiátrica, portanto, contrapõe-se à ideia da internação hospitalar e oferece como alternativa terapêutica cuidados mais intensivos, de base comunitária e territorial, aos usuários de saúde mental, que se traduzem na oferta de recursos diferenciados a cada indivíduo.

Os quadros de desorganização mental aguda e grave, que é o grupo que justifica a reforma psiquiátrica, continuam sendo merecedores de todos os investimentos clínicos. Tais casos exigem, de quem trabalha com eles, um preparo diferenciado, com manejos clínicos sofisticados, sendo esse fazer um ponto nevrálgico na construção da reforma e o seu grande desafio, entretanto sabe-se que a crise é um momento de dificuldade não só para o paciente – que, de maneira geral, abandona o tratamento nos momentos em que mais precisa de cuidado. É difícil também para a família, que se torna ansiosa, e também para o Caps que, por diversos motivos, acaba por não conseguir trazer de volta o paciente.

É nesse contexto que surge, em Salvador, o Programa de Atenção Domiciliar à Crise (Padac), concebido como projeto de estágio docente assistencial, coordenado pelo psicólogo e professor Marcus Vinicius de Oliveira Silva, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O programa funciona desde agosto de 2008, junto ao Centro de

Atenção Psicossocial Oswaldo Camargo, que atende a todo o distrito sanitário Barra-Rio Vermelho, na capital baiana.

Como proposta docente assistencial, o Padac tem o desígnio de formar recursos humanos capacitados para trabalhar na linha da saúde mental, de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, que propõe um novo modelo de atenção aos usuários de saúde mental.

Enquanto tecnologia de cuidado, o Padac pretende que os estagiários colaborem de forma efetiva com a lógica do Caps, oferecendo um suporte para o enfrentamento das situações de crise (agudizações) dos pacientes, por meio de um investimento mais intenso, envolvendo o domicílio como lócus de cuidados e como ponto de suporte para fortalecimento das relações familiares e das redes sociais. A ideia, então, é a de que pacientes que “*não aderem ao tratamento*” – quer dizer, que eventualmente tenham vínculos frágeis com o Caps, ou, aqueles que, por desorganização excessiva, não tenham condições ou não estejam suportando frequentar o serviço – possam ser abordados em sua residência durante o período de crise.

Para o professor Marcus Vinicius, nesses casos, a Atenção Domiciliar é insubstituível

porque você tem uma caracterização, onde a impossibilidade do paciente não se dará por relações objetivas, não é apenas porque alguém se descuida, porque não se interessa, porque ele está desorganizado e ninguém está preocupado com isso. Essa impossibilidade se dá em função da forma singular como ele está produzindo a sua vida naquele momento. Aí, nesse sentido, a Atenção Domiciliar é insubstituível, porque nós assumimos o desafio de superar a barreira relacional. Então temos que fazer todo um trabalho para ganhar o direito à interlocução com aquele sujeito. E isso implica cultivar esse relacionamento, respeitando os tempos e as possibilidades do sujeito se abrir para isso. Talvez esse aspecto seja central para a dificuldade do Caps com esses casos, explica o coordenador do programa.

“Essa impossibilidade se dá em função da forma singular como ele está produzindo a sua vida naquele momento. Aí, nesse sentido, a atenção domiciliar é insubstituível, porque nós assumimos o desafio de superar a barreira relacional. Então temos que fazer todo um trabalho para ganhar o direito à interlocução com aquele sujeito. E isso implica cultivar esse relacionamento, respeitando os tempos e as possibilidades do sujeito se abrir para isso. Talvez esse aspecto seja central para a dificuldade do Caps com esses casos”.

Marcus Vinicius, professor

A principal dificuldade é que restabelecer esses laços com o mundo requer tempo, muito tempo e dedicação por parte dos estagiários, que chegam a passar semanas ou meses visitando o paciente sem que este “*se mostre receptivo*” – na maioria das vezes, não falam, não respondem a perguntas e nem sequer deixam entrar em suas casas, pelo menos a princípio. “*O tempo médio com um paciente é de dois meses e meio, mas já tivemos alguns que ficaram mais de um ano*”, calcula Marcus.

O trabalho das equipes tem por base a clínica ampliada, que leva em conta não só o indivíduo, mas também a família e a comunidade onde está inserido. “*O que a gente está tentando dentro do Caps é um outro modo de exercitar a clínica, superando componentes às vezes médico-psicológicos e colocando componentes mais relacionais, também sociológicos, em uma compreensão de um fenômeno*”, resume o professor.

Mas antes de saber em detalhes como funciona o Padac e os resultados, é preciso saber como se organiza o sistema de atenção à saúde mental no município e os programas de estágio curricular na rede de saúde.

O serviço e a atividade acadêmica

A realização de estágios curriculares de estudantes da área de saúde na rede pública municipal de Salvador é possível por meio de parcerias que são firmadas com as instituições de ensino, que dividem os espaços de prática entre os 12 distritos sanitários do município de Salvador, com 2,7 milhões de habitantes.

No caso da UFB, o distrito Barra-Rio Vermelho, na área sul da cidade, é um dos locais onde atuam os seus estudantes. É por isso que, apesar de o município de Salvador contar com 19 Caps (sendo dois deles especializados em álcool e outras drogas, os chamados Caps AD), o Padac está presente apenas no Caps Oswaldo Camargo, localizado no bairro do Rio Vermelho.

A rede de atenção à saúde mental em Salvador conta ainda com três hospitais psiquiátricos, sendo um privado e dois da rede estadual, sete residências terapêuticas e três ambulatórios de saúde mental. A cobertura de saúde da família, em meados de 2013, estava em apenas 17%.

O Caps Oswaldo Camargo conta com 378 pacientes e uma equipe de 18 profissionais, aí incluídos dois psiquiatras, três psicólogos, dois enfermeiros e dois assistentes sociais.

Ao longo de sete semestres de funcionamento, o Padac atendeu 70 pacientes em crise, inseridos em 60 grupos familiares, já que, em algumas famílias, mais de um membro expressava sofrimento mental. Isso representou campo de estágio para 38 estudantes de psicologia, em estágios curriculares e extensão universitária.

O desenvolvimento da tecnologia

O Padac, na verdade, significa a evolução de um projeto acadêmico anterior, também coordenado pelo professor Marcus: o Programa de Intensificação de Cuidados (PIC), que funcionou entre 2004 e 2008, vinculado a um dos hospitais psiquiátricos da rede estadual em Salvador, com 40 leitos e serviços de emergência e atendimento ambulatorial. Na época, o município ainda não contava com a rede Caps.

Para esse projeto, foram selecionados 37 pacientes, todos com históricos de repetidas internações, com frequência maior que a dos demais pacientes da unidade. *“Escolhemos os pacientes a partir de três características: a pobreza, a complexidade mental e a fragilidade de laços”*, explica Marcus Vinicius.

Por quatro, cinco anos, passaram pelo programa 115 estagiários, desta vez não só de psicologia, mas também 41 de terapia ocupacional e 3 estudantes de medicina que se voluntariaram ao estágio. Ao final do programa, os pacientes que *“estavam sempre necessitando de internação”* tornaram-se estabilizados e, com o surgimento dos Caps, foram encaminhados para as unidades próximas de suas residências. Da mesma forma que o Padac, o programa demonstrou que a intensificação do cuidado é capaz de manter os pacientes estabilizados e mantendo os laços sociais, enfim, melhora a qualidade de vida desses pacientes.

“Esse programa não teve como objeto a atenção domiciliar, ainda que o seu formato tenha sido de atenção domiciliar, mas combinava a Atenção Domiciliar com acompanhamento terapêutico, com grupos de convivência, grupos de projeto, com atividades de sociabilidade as mais variadas, era mais complexo”, explica Marcus Vinicius. Para ele, a principal lição do programa é de que a *“necessidade de internação”* é,

“Tem casos que atendemos que o principal sintoma do caso não é o paciente, que a raiz da crise está nos conflitos familiares, que precisamos mediar, conversando com cada um”.

Ana Paula Barbosa,
ex-estagiária do Padac

na verdade, a necessidade de intensificação do cuidado, sem que seja preciso o isolamento do indivíduo em crise. Entendendo a intensificação de cuidados como *“a ideia de oferecimento de cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos que têm história de internações frequentes e laços sociais frágeis”*, como conclui o professor.

Com o Padac, a tecnologia é a do vínculo, algo que é pouco visível, subjetivo cujo resultado vai depender das relações que se darão entre os estagiários, o paciente, a família e a comunidade. O vínculo, nesse caso, será estabelecido com base em uma presença bem orientada e precisa, seguindo uma postura ética e acolhedora. Para bom acolhimento, além da utilização da técnica e do referencial teórico, é fundamental disposição por parte do acompanhante; acolher é implicar a necessidade do outro, mesmo que o seu pedido não possa ser integralmente atendido. Daí a importância de os estudantes trabalharem em duplas, cada um com no máximo seis pacientes ao mesmo tempo.

“É bom, porque enquanto uma foca no paciente, a outra dá mais atenção à família, à vizinhança. A dupla não é por acaso”, afirma Laís Mascarenhas, que participou do Padac por um ano, até maio de 2013. *“Tem casos que atendemos que o principal sintoma do caso não é o paciente, que a raiz da crise está nos conflitos familiares, que precisamos mediar, conversando com cada um”*, endossa a também ex-estagiária Ana Paula Barbosa. *“Nesse sentido, a Atenção Domiciliar também dá suporte à família e, quando os estagiários chegam, mostram que eles não estão mais sozinhos para lidar com aquela situação”*, completa Clotildes Silva Sousa, que foi estagiária no PIC e hoje atua como técnica no Caps Oswaldo Camargo.

Os casos são discutidos com o orientador, Marcus Vinicius, nas reuniões semanais de supervisão. Seguindo o princípio do respeito à singularidade de cada indivíduo, não há um passo a passo, um procedimento-padrão, um manual de instrução

para manejo desses pacientes até a melhora. *“Parece um pouco empírico, mas não é. Existe uma sistematização, um referencial teórico”*, defende Catarina Sakai, que fez parte do Padac em 2010 e hoje cursa uma residência em saúde mental.

O fato é que os pacientes acompanhados pelo Padac dificilmente perdem novamente o vínculo com o serviço de referência, que é o Caps Oswaldo Camargo. *“Dos que foram atendidos no semestre passado (primeiro semestre de 2013), só um se afastou de novo e estamos tentando novamente com esse paciente”*, revela Clotildes Sousa.

Cada estagiário tem uma carga horária semanal de 20 horas, mas esse período de tempo vai variar de acordo com a complexidade dos casos com que estão lidando. Isso significa também que podem ser convocados em fins de semana e feriados, porque é nesses dias que os conflitos familiares eclodem com maior frequência e intensidade. *“Já houve ocasiões em que tivemos que atender no Natal e no Réveillon. Como diz o Marcus, psicótico solto significa profissional preso”*, brinca Laís.

Os chamados casos complexos são sempre selecionados pela equipe técnica do Caps que, na reunião semanal do serviço, encaminha os pacientes ao Padac. Nas reuniões de supervisão, decide-se pela admissão ou não do paciente ao programa. E, a partir desse momento, as duplas entram em ação.

A transferência da tecnologia

Com os resultados alcançados pelo Padac, agora a gestão municipal busca formas de ampliar esse trabalho para as demais unidades de saúde mental do município. *“Como os Caps estão distribuídos entre diversas universidades, cada uma com seu projeto acadêmico, estamos estudando formas de transferência dessa tecnologia para o município, para que o programa de estágio passe a ser da rede de saúde mental como um todo”*, explica a coordenadora de Saúde Mental da SMS de Salvador, Tereza Paula Costa.

Marcus Vinicius, que está prestes a se aposentar da carreira de professor da UFBA, já se dispôs a colaborar com a implantação da sistemática de trabalho que, caso seja instituído o estágio, poderá se estender a todos os outros Caps da rede de saúde mental de Salvador. *“Precisaremos definir questões práticas, como a bolsa a ser oferecida aos estudantes e a possibilidade de terem um seguro”*, explica Tereza Costa.

Reorientação dos profissionais

“A partir das experiências com o PIC e com o Padac, os alunos veem um modo de fazer a clínica na reforma psiquiátrica, e esse conhecimento tem se mostrado passível de transmissão. Eles adquiriram uma concepção sobre a reforma psiquiátrica, uma ética clínica, uma atitude diferente”.

Marcus Vinicius,
coordenador do PIC

Independentemente da ampliação ou não do Padac para as outras unidades de saúde mental do município, o fato é que a atividade acadêmica tem mudado a trajetória profissional dos estudantes que dela participam.

A partir das experiências com o PIC e com o Padac, os alunos veem um modo de fazer a clínica na reforma psiquiátrica, e esse conhecimento tem se mostrado passível de transmissão. Eles adquiriram uma concepção sobre a reforma psiquiátrica, uma ética clínica, uma atitude diferente, avalia Marcus Vinicius.

Quem demonstra a abertura desses novos horizontes da prática clínica em saúde mental é a ex-estagiária Marinês Oliveira, que fez parte da última turma do PIC e da primeira turma do Padac e hoje desenvolve projetos de pesquisa na área da Atenção Domiciliar, depois de atuar em municípios do interior do estado. Por pouco mais de dois anos, ela atuou em um município de 15 mil habitantes, no sertão baiano, onde conseguiu vencer barreiras e construir uma clínica ampliada de cuidado em saúde mental, utilizando o domicílio como lócus de cuidado, inclusive para atenção à crise.

Tive o caso de um paciente que, numa crise, expulsou todo mundo de casa e ficou lá dentro com muitas facas e uma espingarda. Isso mobilizou a comunidade, que tinha aproximadamente umas 10 casas. A partir daí, todos os dias, eu, a enfermeira, a agente comunitária e o coordenador da vigilância sanitária (que era formado em Serviço Social e atuava como assistente social na equipe), íamos lá na casa dele, à noite, depois do expediente, saindo sempre muito tarde. E foi muito interessante, porque a gente acabou cuidando da comunidade que queria invadir a casa para internar o paciente. E a gente, nesse manejo, argumentando que não era assim, tentando problematizar a

crise deste sujeito com a comunidade e seus familiares. Ele continuava lá dentro de casa e dizia que não queria ver a gente, mas a gente batia na porta e dizia que estava lá, todos os dias. Até que a comunidade começa a colaborar conosco e, com a ajuda de todos, e da única pessoa que ele queria ver, a única referência de cuidado que tínhamos naquele momento, o benzedor da região, produzimos todas as possibilidades de cuidado e, após sete dias, ele se recupera, abre as portas de casa, não precisando internar este sujeito, conta Marinês.

Outra ex-aluna, Pollyana Paranhos, que passou pelo Padac no mesmo período em que Marinês, hoje, faz atendimento domiciliar à crise nos Estados Unidos, país onde, segundo Marcus Vinicius, a decisão de internar um paciente em crise é de responsabilidade do profissional que o assiste. *“Isso pode ser fonte geradora de um processo judicial, de indenizações por possíveis danos causados por este paciente em crise”*, explica o professor.

Este é só um dos exemplos de profissionais que passaram pelos dois programas e que hoje buscam reorientar a abordagem aos pacientes em crise nos locais em que atuam, seja em Caps, seja em defensorias públicas ou continuando a atividade acadêmica, como a própria Clotildes, que hoje busca uma reflexão no Oswaldo Camargo sobre o trabalho que é desenvolvido no dia a dia.

Este é um momento em que o serviço está se questionando sobre como se faz para ter uma possibilidade maior com o Padac, para dar conta desses casos que o Padac rematricula ao serviço. Como é que a gente faz esse acompanhamento mesmo? Acho que nesse momento o serviço está se questionando isso. Como se estruturar, como se organizar, para seguir esses acompanhamentos, para que eles não se percam, com as mesmas práticas, ou reinventando essas práticas. Algumas práticas terapêuticas do serviço não estavam correspondendo, reconhece Clotildes.

O projeto, desse modo, beneficia, em primeira instância, os pacientes que têm à sua disposição cuidados extras e intensivos; e, em segundo plano, os estagiários, que aprendem com a prática e produzem conhecimento, a instituição que obtém um serviço a mais com mão de obra orientada e qualificada, o orientador, ao constante desenvolver de novas metodologias de ensino e de clínica; e o processo da reforma psiquiátrica e política de saúde, que ganha força com novas forças de trabalho. O Padac abre, assim, uma possibilidade de construção de formas de reflexão, abordagem, intervenção e cuidado acerca da assistência em saúde mental a pacientes em crise, agregando ao Caps mais um recurso humano e de logística para abordar os usuários nessas situações, todavia, em uma coisa todos são unânimes: a experiência do Padac é apenas um passo na longa trajetória que ainda é necessário percorrer na reforma psiquiátrica. O processo, longe do fim, envolve uma mudança de rumos na formação dos profissionais que vão atuar na saúde mental, uma reorientação do trabalho desenvolvido nos serviços, com metas mais flexíveis de produção e investimento em pessoal capacitado e, inclusive, uma mudança de concepção acerca da loucura na comunidade de maneira geral. Afinal de contas, para a grande maioria das pessoas que convivem com sujeitos em sofrimento mental, lugar de doido continua sendo no manicômio.

RIO DE JANEIRO-RJ

A EXPERIÊNCIA CARIOCA DIZ RESPEITO À INCLUSÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO, DISPONÍVEL POR MEIO DA INTERNET. ACESSANDO O SISTEMA, OS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO PODEM ENCAMINHAR PACIENTES AO SERVIÇO DE AD. DA MESMA FORMA, OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO TAMBÉM PODEM ACESSAR O SISTEMA DE REGULAÇÃO PARA AGENDAR CONSULTAS COM ESPECIALISTAS E EXAMES.



Rio de Janeiro-RJ

A rede de saúde do município do Rio de Janeiro guarda a complexidade característica de diferentes níveis de gestão, convivendo no mesmo território. O município conta com hospitais municipais, estaduais e também da rede federal. São 79 unidades públicas, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre hospitais especializados, hospitais gerais e hospitais dia.

Com uma população de quase 6,2 milhões de habitantes, sem contar os municípios da grande região metropolitana da capital fluminense, o Rio de Janeiro também tem problemas complexos e próprios dos grandes centros urbanos.

Nesse cenário de grandes dimensões, a central de regulação da saúde é ferramenta fundamental para a boa gestão da rede, o que irá resultar em melhor atendimento aos usuários. Em uma rede tão variada e numerosa, o fluxo característico de pequenas redes de atenção, em que quase todos os profissionais se conhecem e onde uma série de demandas dos pacientes pode ser resolvida por *e-mail* ou telefone, está fadado ao fracasso e ao completo colapso do sistema.

E foi exatamente com a inclusão de seu serviço de Atenção Domiciliar, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi), no sistema de regulação do município, o SisReg, disponibilizado pelo Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), que o município foi selecionado pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar.

Por meio do SisReg, os profissionais de outros serviços do município podem encaminhar pacientes para o serviço de Atenção Domiciliar e os profissionais do Padi, por sua vez, podem solicitar procedimentos ou consulta com médicos especialistas da rede para seus pacientes.

A estratégia de implantação do programa no município também levou em conta a possibilidade de captação por meio de busca ativa nas principais unidades hospitalares e de urgência e emergência da rede, onde ficam localizadas as sete bases das 13 Emads e 6 Emaps implantadas.

Vamos começar explicando como foi o processo de implantação do serviço de Atenção Domiciliar do município.

A criação do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

A história da Atenção Domiciliar no município do Rio de Janeiro começa em 1997, no Hospital Paulino Werneck, um hospital geral com emergência e maternidade, cujos 60 leitos atendem a população da Ilha do Governador e o entorno formado pelo complexo de comunidades da Maré.

Na época, a médica Guilhermina Siqueira Gomes, que atuava na unidade, teve o interesse em pesquisar porque alguns pacientes crônicos, praticamente todos idosos, reinternavam mais que outros. *“Tinha um padrão: eles entravam pela emergência, ficavam internados e, quando começavam a sinalizar uma melhora que possibilitaria a alta, a família sumia, fazendo a equipe do serviço social ir atrás destes familiares para que o paciente pudesse ir para casa”*, conta a médica.

Os oito pacientes selecionados para a pesquisa eram os que tinham histórico de três a quatro internações anuais, quase todos sequelados de acidente vascular encefálico, cardiopatas ou com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). *“Acompanhamos esse pacientes por um ano e nesse período descobrimos que eles, quando tinham alta, ficavam sem assistência, porque não tinham condições de ir ao posto de saúde”*, revela Guilhermina.

Nessa época, a estratégia de saúde da família não estava implantada no município e esses pacientes residiam em favelas, onde as dificuldades de acesso incluíam ladeiras íngremes ou escadarias. *“Eles se queixavam que não tinha suporte para socorro se o paciente passasse mal, porque na época também não tinha Samu e muitas vezes os locais onde moravam não tinham acesso para carros, aí me diziam: se ele passar mal, pelo menos já vai estar no hospital”*, conta a médica.

“Tinha um padrão: eles entravam pela emergência, ficavam internados e, quando começavam a sinalizar uma melhora que possibilitaria a alta, a família sumia”.

Guilhermina Siqueira Gomes, médica

O acompanhamento a esses pacientes se deu na base do voluntarismo, com a equipe formada por Guilhermina indo até os domicílios em seu próprio carro e fora do expediente de trabalho, mas o resultado, ao final do primeiro ano, mostrou que o acompanhamento dos pacientes em casa valia a pena: em um ano, foi apenas uma reinternação e um óbito.

Ao mostrarem que estavam no caminho certo, os profissionais voluntários passaram a receber apoio, até mesmo de um comerciante local, que emprestou à equipe um “Chevette velho” com motorista, veículo depois substituído por uma Kombi, doada por uma operadora privada de planos de saúde.

Os profissionais também passaram a atuar exclusivamente nos serviços de Atenção Domiciliar e a estruturação da rede contou com o apoio de profissionais do Instituto Nacional do Câncer (Inca) da rede federal, que já contava com um serviço próprio de atenção domiciliar, para atender aos seus pacientes oncológicos que estavam em fase terminal.

“Aos poucos começamos a criar protocolos diversos, sobre como montar os prontuários, descarte de resíduos, orientação aos familiares e chegamos à conta de 100 pacientes em atendimento”, conta a médica. A equipe da Ilha do Governador existe até hoje e suas práticas serviram de base para universalização do serviço em todo o município do Rio de Janeiro.

Em 2010, antes da criação do Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, foram instaladas as primeiras três bases do Padi, todas em hospitais municipais de referência para urgência e emergência de diferentes regiões do Rio: o Miguel Couto, no Leblon, o Salgado Filho, no Méier, e o Souza Aguiar, no Centro. Cada uma dessas bases contam com duas Emads e uma Emap.

Na segunda etapa da expansão, foram instaladas mais três bases, dessa vez nos hospitais Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, Pedro II, em Santa Cruz, e o Francisco da Silva Telles, no Irajá. Também com o mesmo modelo de atendimento, formato das equipes e atendendo pacientes de todas as faixas etárias, apesar de o programa carioca ter mantido o “Idoso” no nome. Até porque, segundo a coordenadora de Atenção Domiciliar do município, Germana Périssé, 80% da clientela é formada por idosos.

Estrutura e funcionamento dos serviços

A solução adotada pela gestão municipal foi a contratação de duas organizações sociais (OS) para contratação dos profissionais e garantir a logística de funcionamento dos serviços, como telefone e transporte. Para insumos e medicamentos necessários ao atendimento, todas as bases contam com o almoxarifado dos hospitais onde estão sediados.

Em todas as bases, as equipes mantêm uma rotina de busca ativa de pacientes na emergência e nas enfermarias dos hospitais onde estão localizados. Para os pacientes que são admitidos no serviço por meio da busca ativa, não há necessidade de inclusão no SisReg. O profissional encarregado do trabalho verifica entre os pacientes classificados na categoria amarela pela Escala de Manchester os que estão com possibilidade de alta e que se enquadram nos critérios de inclusão no Padi.

Entre os critérios, esses pacientes devem estar acamados e ter um cuidador que se responsabilize pelo paciente no domicílio. A partir daí, o profissional do Padi pede o laudo aos médicos do hospital que estão encarregados do atendimento ao paciente e levam a ficha e o laudo para a sala onde funciona o serviço de AD, quando os dados do paciente são inseridos no sistema próprio do serviço e já é agendada a primeira visita, em que é feita também a avaliação do domicílio.

Se o paciente captado não reside na área de abrangência daquele Padi, a ficha é encaminhada ao serviço correspondente, também por meio de sistema próprio de comunicação entre as bases do Padi.

Se a entrada do paciente é por meio de uma unidade da atenção básica ou de outras do município, inclusive as que fazem parte da rede estadual e federal, o fluxo se dá por meio do SisReg, no qual foi aberta uma categoria própria, entre as solicitações de atendimento ambulatorial. Ao informar o endereço do paciente, o sistema aponta a base correspondente e o agendamento se dá a partir da classificação do paciente, também de acordo com a Escala de Manchester.

A partir dessa visita, cada profissional monta o plano terapêutico do usuário em questão. Cada Emad conta com médico, enfermeiro e fisioterapeuta, todos com carga horária de 40 horas semanais, e auxiliares e técnicos de enfermagem que, juntos, cumprem carga horária de 120 horas semanais. Já as Emaps contam com

nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e, uma delas, com odontólogo, todos com carga horária de 40 horas semanais.

O impacto do serviço na rede hospitalar

O Padi foi uma das estratégias da gestão municipal para mudar a histórica realidade de superlotação dos seus serviços de emergência, associada à implantação das Coordenações de Emergência Regionais (CER), instaladas junto às unidades que contavam com maior demanda no município e que acabavam atendendo também pacientes de fora de suas áreas de abrangência.

No Hospital Miguel Couto, com 400 leitos de internação e um dos primeiros a receber uma base do Padi, o serviço de Atenção Domiciliar foi responsável pela desospitalização de 347 pacientes em 2012, metade deles de fora da área de abrangência do Padi Miguel Couto e que foram encaminhados para outras unidades. *“Até hoje, foi a melhor resposta de porta de saída do hospital”*, reconhece o diretor do Miguel Couto, Luiz Alexandre Essinger. Desde a criação, em 2011, o Padi contribuiu para a desocupação de 717 leitos no Miguel Couto.

Para o diretor, a busca ativa realizada pelos profissionais do Padi nas enfermarias do Miguel Couto é de extrema importância, *“porque leva a cultura da Atenção Domiciliar para as equipes”* da unidade, principalmente porque, como é corriqueiro nesse nível de atenção, há rotatividade dos profissionais.

Entusiasmado com os resultados, o diretor do Miguel Couto tem estimulado o desenvolvimento de estratégias de apoio aos profissionais que dão continuidade nos domicílios ao atendimento iniciado no hospital. Um deles é o que ele chama de Telepé, que já funciona desde 2011, para acompanhamento de pacientes diabéticos que estão com feridas graves nos membros inferiores ou que convalescem de amputações.

“Até hoje, foi a melhor resposta de porta de saída do hospital”.

Luiz Alexandre Essinger,
diretor do Miguel Couto

*Se o médico que faz a visita fica em dúvida sobre a fe-
rida, ele pode fotografar e mandar pela internet para
o especialista do hospital que dá o retorno quando a
equipe ainda está no domicílio do paciente, evitando
a necessidade de trazer o paciente até aqui para uma
consulta, explica o diretor.*

Outros projetos de telemedicina, ou teleconsultoria, que estão em planejamento no Miguel Couto são os voltados para pacientes da cardiologia e da neurologia. *“Acho que também podemos avançar no atendimento a pacientes mais complexos e de cuidado mais intensivo, como os que precisam de antibioticoterapia venosa a cada 12 horas, por exemplo”, avalia Luiz Alexandre.*

No Hospital Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, com 157 leitos para atender a uma população de 900 mil pessoas, a base do Padi foi instalada em meados de 2012 e teve, já de início, um impacto significativo na desocupação de leitos da unidade. De imediato, absorveu nada menos que 117 pacientes internados, além de outros 65 que residiam na área de abrangência e estavam sendo atendidos pelo Padi do Miguel Couto.

“A presença do Padi aqui foi primordial; alguns reclamam dos medicamentos que usam, mas explico que o Padi faz parte da gente e que muitos desses pacientes, se não estivessem no Padi, continuariam internados aqui”, conta a diretora do Lourenço Jorge, Ana Lúcia Alves dos Santos.

De acordo com o coordenador-geral dos Padis do Lourenço Jorge, do Francisco da Silva Telles e do Pedro II, pelo menos 60% dos pacientes atendidos pelas duas equipes implantadas na Barra da Tijuca são AD2 e AD3. Pelo menos 60% deles chega até o serviço por meio do SisReg, quase sempre encaminhados por unidades de atenção básica, com ou sem estratégia de saúde da família, que tem baixa cobertura na região, de pouco mais de 15%. *“Esses AD1 são pacientes cujos familiares*

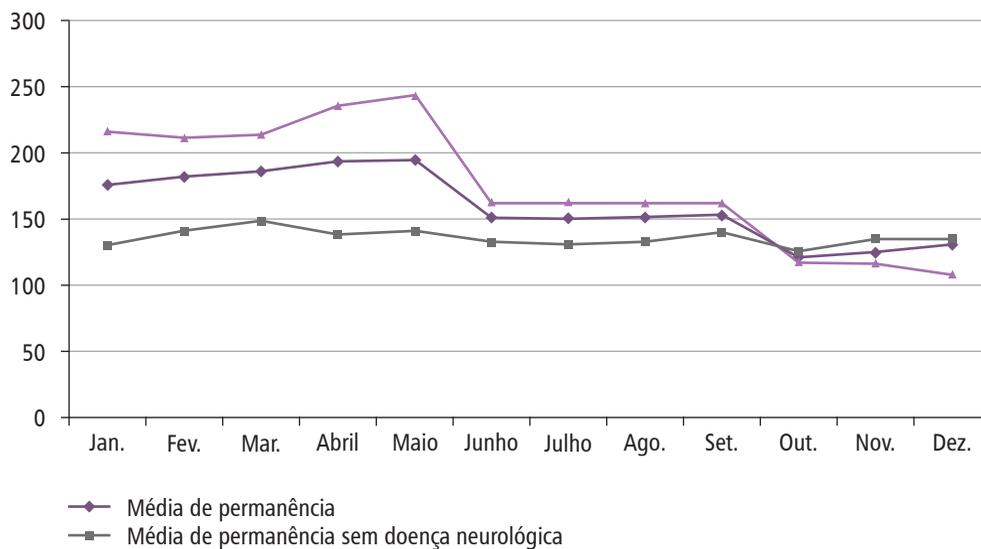
“A presença do Padi aqui foi primordial; alguns reclamam dos medicamentos que usam, mas explico que o Padi faz parte da gente e que muitos desses pacientes, se não estivessem no Padi, continuariam internados aqui”.

Ana Lúcia Alves dos Santos, diretora do Lourenço Jorge

procuram o posto de saúde pedindo atendimento em casa e eles nos encaminham porque não têm condições de prestar a assistência", admite o coordenador.

Como são muitos pacientes crônicos, o tempo médio de permanência é de 165 dias. *"Para reduzir o tempo de permanência, montamos uma estratégia para os que estão precisando apenas de manutenção, estabelecendo visitas mensais e sem deixar ele solto na rede", afirma.* Se a atenção básica da área tem dificuldades em absorver os adultos, o mesmo fato não acontece com as crianças. *"Podemos receber, mas nunca nos encaminham, porque a atenção básica aqui é forte no atendimento a crianças, são todos bem vinculados à unidade de atenção básica de referência", revela.*

Gráfico 1 – Tempo médio de permanência no Padi, no período de janeiro a dezembro de 2013



Fonte: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi) do município do Rio de Janeiro.

Satisfação dos usuários

Para avaliar a satisfação dos usuários do Padi, a Secretaria Municipal de Saúde realiza pesquisas trimestrais, sempre por meio do telefone. Na pesquisa, realizada em julho de 2013, 96% dos pesquisados consideraram a qualidade do atendimento bom ou muito bom, 97% avaliou como fácil o acesso às equipes e 86% disseram ter percebido melhora no estado de saúde após o início do atendimento.

A pesquisa trimestral avalia ainda o esclarecimento de dúvidas por parte das equipes, a qualidade do prontuário domiciliar, a clareza nas orientações das equipes e o tempo para agendamento das visitas, sempre com resultados positivos.

O trabalho no Rio envolve ainda o treinamento das equipes para a mediação de conflitos, especialmente familiares, muito comuns quando os pacientes são idosos. A iniciativa, inclusive, foi selecionada como uma das 12 experiências inovadoras no Brasil pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde. Realizam ainda treinamentos periódicos dos cuidadores, que têm formato de um minicurso, com duração de uma tarde.

SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP

O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP), ASSOCIADO AO TRABALHO DO ENFERMEIRO GESTOR DE CAMPO E DE INTERCORRÊNCIAS, QUALIFICOU A ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PACIENTES DO SERVIÇO MUNICIPAL. O SCP LEVA EM CONTA A ESCALA DE RISCO E VULNERABILIDADE DEFINIDORA DE NECESSIDADES DE FREQUÊNCIA E INTENSIDADE DE CUIDADO, FACILITANDO O TRABALHO DIÁRIO DOS PROFISSIONAIS E A GESTÃO DOS RECURSOS NECESSÁRIOS AO ATENDIMENTO.



São Bernardo do Campo-SP

O serviço de Atenção Domiciliar de São Bernardo do Campo desenvolveu um Sistema de Classificação de Pacientes com toda a sistemática de gestão concebida pela equipe para qualificar a oferta da assistência, levando em conta a equidade e a integralidade do cuidado em saúde que é prestado no domicílio à média de 282 pacientes atendidos mensalmente pelo serviço.

Desenvolvido entre março e setembro de 2009, o Sistema de Classificação de Pacientes foi adaptado a partir da escala de risco e vulnerabilidade definidora de necessidades de frequência e intensidade de cuidado, ferramenta que possibilita a separação das informações de forma a facilitar a administração do trabalho diário de acordo com os recursos disponíveis, desde medicamentos e insumos até a força de trabalho dos profissionais.

“Tivemos que adaptar esta ferramenta, que já era usada na rede hospitalar do município, porque não encontramos literatura sobre o assunto específica para a atenção domiciliar”, explica a enfermeira Rosemary dos Passos Magalhães, gerente do Programa de Internação Domiciliar (PID) de São Bernardo do Campo.

A sistemática envolve uma organização do serviço a partir da figura de uma enfermeira que atua na gestão de campo e de intercorrências. Essa profissional é responsável pela alimentação de todo um sistema de informações gerenciais, distribuído em 20 planilhas, que tornam possível a visualização de todo o funcionamento do serviço. A relevância da experiência dos profissionais de São Bernardo do Campo não poderia deixar de chamar a atenção do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar.

A ferramenta mostra-se necessária até pelo porte da rede de saúde de São Bernardo do Campo, um município com mais de 750 mil habitantes da região metropolitana de São Paulo.

“Tivemos que adaptar esta ferramenta, que já era usada na rede hospitalar do município, porque não encontramos literatura sobre o assunto específica para a atenção domiciliar”.

Rosemary dos Passos Magalhães, gerente do Programa de Internação Domiciliar (PID) de São Bernardo do Campo

A rede conta com 32 Unidades Básicas e de Saúde da Família, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 3 hospitais, 3 ambulatórios de especialidades, 5 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e 4 residências terapêuticas. A cobertura pela estratégia de saúde da família é de 60%, com meta de chegar a 100% até o final de 2014, mas a cobertura de agentes comunitários de saúde já é de 100%.

Apesar de, pelo critério populacional, o município fazer jus a sete Emad, em meados de 2013 eram apenas quatro implantadas, com uma equipe de apoio (Emap). Cada Emad é composta por um médico, um enfermeiro, um assistente social e três técnicos de enfermagem. Já a Emap conta com fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo. Com as outras três Emad e uma Emap já autorizadas pelo Programa Melhor em Casa, a previsão é que sejam implantadas no primeiro semestre de 2014.

Sistema de classificação e admissão de pacientes no serviço

O PID já foi concebido como um elo entre a atenção hospitalar, a atenção básica e os ambulatórios de especialidades. A partir do recebimento do pedido de avaliação, a decisão sobre a admissão ou não do paciente leva até 48 horas. Por ser um serviço já consolidado na rede do município, as equipes não costumam fazer busca ativa nas unidades de internação.

Se o paciente está internado em uma das unidades hospitalares ou de pronto atendimento, a solicitação chega por fax. Se o pedido vem de outras unidades da rede, a orientação para os profissionais é que façam o encaminhamento e entreguem a documentação à família, para que um dos familiares procure a base do serviço. *“Preferimos que eles tragam até aqui o documento porque já começamos a ter contato com a família, já começa a avaliação”*, explica a gerente do PID.

A medida é especialmente justificada pelo fato de, entre os atores do PID, o cuidador do paciente ter papel central. *“Sem ele, não é possível qualquer tipo de cuidado”*, reconhece Rosemary.

Recebido o pedido, se o paciente está internado, uma equipe vai até o hospital para avaliar o estado clínico e também conversa com a família para verificar as condições necessárias para a continuidade do cuidado em casa.

Já nessa primeira avaliação, cada profissional classifica o paciente de acordo com sua categoria de cuidado – de enfermagem, fisioterapêutico, médico, nutricional etc. O paciente pode ser classificado em cuidados mínimos, intermediários ou intensivos. Essa classificação irá determinar a frequência das visitas de cada profissional ao domicílio do paciente. Em caso de cuidados mínimos, as visitas poderão ser semanais ou quinzenais, de acordo com a área de competência profissional. Se o paciente recebe a classificação de cuidados intermediários, as visitas vão variar de duas vezes por semana a até mensais, este último no caso da assistente social. Em cuidados intensivos, as visitas podem acontecer de três vezes por semana ou semanal. A programação de visitas inclui ainda os pacientes que estão em programação de alta, que são acompanhados com menor frequência. “Se constatamos que o paciente vai necessitar de cinco ou mais visitas semanais, o paciente não pode ser admitido no serviço”, acrescenta Rosemary.

Tabela 1 – Visitas aos pacientes de acordo com o Sistema de Classificação de Risco

SCP - SAD	Enfermeiro	Médico
Previsão de alta	1 VD mensal	1 VD mensal
Cuidados mínimos	1 VD semanal	1 VD quinzenal
Cuidados intermediários	2 VD semanais	1 VD semanal
Cuidados intensivos	3 ou mais VD semanais	2 ou mais VD semanais

Fonte: Programa de Internação Domiciliar (PID) de São Bernardo do Campo.

Classificado o paciente, é feito o plano de atenção domiciliar, incluindo não só as visitas que ele receberá de cada profissional, mas também os insumos e medicamentos que serão necessários ao atendimento ao paciente. Cada tipo de material entra nas planilhas específicas que, ao final, irão formar a lista de material necessário para todo o serviço ao longo do mês. O controle do estoque, utilizando-se a metodologia Kanban, previne o desabastecimento de materiais e também evita o desperdício.

Também para manter o vínculo dos familiares com o serviço, estes são encarregados de buscar na base materiais como as caixas de dieta enteral e fraldas, uma vez a cada dois meses. O abastecimento de insumos voltados ao cuidado direto do paciente se dá majoritariamente por meio das visitas das Emad/Emap aos domicílios. O serviço também viabiliza o fornecimento de camas hospitalares e outros utensílios necessários, como cadeiras de banho e de rodas.

Cerca de 60% dos materiais necessários ao funcionamento do serviço vêm do almoxarifado central da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto cerca de 40% vêm do complexo hospitalar, especialmente antibióticos e outros medicamentos e insumos de uso nesse nível de atenção.

O vínculo com o serviço e o comprometimento com o cuidado também é reforçado nos encontros de cuidadores, que acontecem a cada 15 dias, sempre na base do serviço. Esses cuidadores também são treinados, no momento da admissão no serviço e também no dia a dia.

Gestão de campo e de intercorrências

Diariamente, ao retornar das visitas domiciliares, cada profissional do serviço relata à enfermeira que exerce a função de gestora de campo e de intercorrências. Essa profissional fica responsável por praticamente todos os fluxos no serviço, ao receber os relatos dos profissionais e traduzir essas informações nas devidas planilhas.

Se o fisioterapeuta verifica a necessidade de uma visita não rotineira da enfermagem, por exemplo, isso é reportado à gestora para que seja programada. Se há uma mudança no cuidado que represente nova programação de material, isso também é reportado após essas visitas, para que seja lançado na programação de almoxarifado.

A agenda diária de visitas é feita a partir das visitas aos pacientes em cuidados intensivos. Primeiro são lançadas as agendas do médico e da enfermagem. A partir dessas agendas, organiza-se quem sairá junto no mesmo carro, de acordo com os endereços dos pacientes que serão visitados por cada profissional. O prontuário é sempre feito em duas vias, ficando uma delas no domicílio do paciente. Essa organização faz com que o serviço consiga funcionar com apenas cinco carros, o que dá um veículo por equipe, metade do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A adoção dessa ferramenta de gestão do serviço tornou possível dobrar o número de pacientes que são atendidos pelas equipes. *“Antes, nos seis primeiros meses de funcionamento do serviço, a programação de visitas de forma tradicional fez com que as equipes fossem dimensionadas para atender até 30 pacientes por mês.”*

“É uma ferramenta fundamental no meu dia a dia de trabalho, porque mostra como vai ser a minha agenda de visitas, quais serão minhas prioridades de atendimento e conseguimos ver todos os pacientes, contemplar todos de acordo com a necessidade”, atesta a fisioterapeuta Juliana Oliveira, que conheceu o sistema quando começou a atuar no PID, ainda no primeiro ano de funcionamento do programa.

Apesar de o objetivo da adoção do sistema não ter sido a redução de gastos, ele fez com que o custo diário de cada paciente oscile entre R\$ 90 e R\$ 100. *“Como ao longo desse período o serviço também foi ampliado, não temos dados fidedignos para fazer uma comparação entre o antes e o depois da adoção do sistema de classificação de pacientes”,* afirma Rosemary.

É por ter controle do manejo de todos os pacientes do serviço que a enfermeira gestora atua nas intercorrências dos pacientes. Ao receber ligação do cuidador, pede informações sobre os sintomas e, caso conclua que é de fato uma emergência, aciona imediatamente o Samu, ou reforça o pedido de atendimento, caso o cuidador já tenha tomado a providência. *“Temos um protocolo com o Samu, se eles são acionados em horário comercial, vão de imediato, porque sabem que há mesmo a necessidade, porque já houve uma avaliação por parte do PID”,* afirma a gerente do serviço.

Se a razão da visita é uma dúvida, essa gestora também tem como esclarecer, já que tem como consultar todos os detalhes do manejo do paciente. Agora, caso verifique a necessidade

“É uma ferramenta fundamental no meu dia a dia de trabalho, porque mostra como vai ser a minha agenda de visitas, quais serão minhas prioridades de atendimento e conseguimos ver todos os pacientes, contemplar todos de acordo com a necessidade”.

Juliana Oliveira,
fisioterapeuta

“Mantemos uma territorialização, mas não existe o paciente da equipe A, B ou C, o paciente é do serviço”.

Rosemary dos Passos Magalhães, gerente do PID de São Bernardo do Campo

de uma visita imediata de algum profissional do serviço – para passar uma sonda que saiu do lugar, por exemplo –, esta gestora saberá qual carro deve ser deslocado das visitas programadas para ir até o domicílio desse paciente.

O sistema de informações permite aos profissionais ter condições de prestar assistência a qualquer um dos pacientes vinculados ao serviço, o que é útil não só nesses chamados de última hora, mas também nas intercorrências que possam surgir nos plantões de fins de semana, para os quais as quatro equipes se revezam. *“Mantemos uma territorialização, mas não existe o paciente da equipe A, B ou C, o paciente é do serviço”*, pontua a gerente do PID.

Outra vantagem do sistema de informações estruturado para o serviço é a possibilidade de construção de indicadores como de intercorrências, reinternações, altas, óbitos e infecções.

Sala de situação

A interlocução entre os profissionais do serviço a respeito dos pacientes tem lugar nas reuniões da sala de situação do serviço, realizadas semanalmente. É lá que são discutidos casos de pacientes com os quais o serviço encontra dificuldades na gestão do cuidado.

A dificuldade pode ser a falta de estrutura em um domicílio para receber um paciente e como isso pode ser solucionado, a pressão de um familiar por uma intensificação de cuidado ou as dificuldades de familiares em se manterem como cuidadores quando precisam trabalhar durante o dia para assegurar o sustento da família.

As equipes saem dessas reuniões com o encaminhamento a ser dado às questões levantadas, contando com a opinião de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Perfil de pacientes

O PID admite entre 12 e 15 pacientes por mês e a média é de 240 a 250 pacientes em atendimento ao mesmo tempo durante o mês. Mais de 70% desses pacientes vêm de hospitais e UPA e o restante encaminhado por unidades de atenção básica ou de centros de especialidades.

Apesar de a cobertura de saúde da família não ser tão baixa (60%), se comparada a de outros municípios brasileiros, o PID encontra algumas dificuldades na hora de programar a alta dos pacientes da Atenção Domiciliar para que a atenção básica prossiga no cuidado. *“A dificuldade da atenção básica não é só por causa de infraestrutura de que dispõem para atender no domicílio na frequência necessária ao paciente, mas também por causa do fornecimento de insumos e medicamentos, como a fralda, que não é um item fornecido por este nível de atenção”*, explica a gerente, revelando que quase 80% dos pacientes precisam de fraldas, especialmente os idosos.

Essa dificuldade é ainda maior em função das condições socioeconômicas dos pacientes atendidos. Pelo menos 80% deles vivem em residências precárias, em áreas de difícil acesso, e não poderão dispor de recursos para comprar os materiais fornecidos pelo PID, em caso de desligamento do programa.

“Temos uma lista de programação de alta hoje com 42 pacientes, cuja continuidade de cuidado dar-se-ia preferencialmente no âmbito da atenção básica, o que representa um quinto do total de pacientes em atendimento”, calcula Rosemary. Segundo ela, o serviço tem discutido, caso a caso, com a unidade de atenção básica de referência para o endereço de cada paciente. *“Temos também alguns casos, como crianças, que cronicizam, mas não vão ter alta, porque a UBS não vai poder cuidar, e ainda crônicos que são AD2 e que não vão passar para AD1 nunca. Vão continuar do mesmo jeito ou piorar e ir para o AD3”*, acrescenta. Esses são fatores que acabam reduzindo a rotatividade de pacientes no serviço.

“Em 2009, sabíamos que seriam necessários pelo menos mais 100 leitos hospitalares só naquele momento, por isso precisamos lançar mão de uma estratégia que fosse mais plural, de acesso mais universal, que pudesse garantir um pouco mais de integralidade, e a atenção domiciliar foi o caminho pensado”.

Daniel Beltrammi.
superintendente do complexo hospitalar municipal de São Bernardo do Campo

Racionalização de leitos

A motivação da criação do PID, antes mesmo da instituição do Programa Melhor em Casa e com recursos próprios, se deveu às dificuldades com a falta de leitos no município.

Quando assumimos a gestão, em 2009, sabíamos que seriam necessários pelo menos mais 100 leitos hospitalares só naquele momento, por isso precisamos lançar mão de uma estratégia que fosse mais plural, de acesso mais universal, que pudesse garantir um pouco mais de integralidade, e a Atenção Domiciliar foi o caminho pensado, resume o superintendente do complexo hospitalar municipal de São Bernardo do Campo, Daniel Beltrammi.

Cinco anos depois, o resultado da providência é a racionalização diária de 5% dos leitos hospitalares, de um total de 650 disponíveis no município, número que aumentará para cerca de 800, após a plena operação do novo Hospital de Clínicas Municipal, inaugurado em dezembro de 2013, analisa Beltrammi.

Para ele, a instituição desse nível intermediário de cuidado, entre a atenção hospitalar e a atenção básica, também contribuiu para melhor articulação na rede e eliminou a maioria das “possibilidades de perda de continuidade, com conseqüente risco de descontinuidade do cuidado e de reinternação hospitalar”.

VOLTA REDONDA-RJ

COM 80% DA CLIENTELA FORMADA POR IDOSOS, E BOA PARTE DELES PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS, OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO MUNICIPAL DESENVOLVERAM UM MODELO DE CUIDADO HUMANIZADO AOS PACIENTES E FAMILIARES, COMO FORMA DE PREPARÁ-LOS PARA O ÓBITO NO DOMICÍLIO. O ATENDIMENTO ENVOLVE O PREPARO DO CORPO POR PARTE DA EQUIPE E VISITAS DE LUTO AOS FAMILIARES.



Volta Redonda-RJ

“Nossa ideia sempre foi devolver ao paciente a dignidade que a doença tirou”.

Antônio Pereira
Fernandes, médico

A humanização do cuidado em saúde, política que vem sendo estimulada no país desde 2003, foi levada até os limites da vida pelos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar do município fluminense de Volta Redonda. Com 80% da clientela formada por pacientes idosos e com boa parte deles em cuidados paliativos, as duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap) do município investiram no cuidado humanizado aos pacientes e familiares e preparação para o óbito no domicílio.

São pacientes e familiares que precisam mais de conforto do que de tecnologias duras de saúde. São pacientes que precisam de atenção, de controle de sinais e sintomas manifestados pela doença e cuidados que minimizem o sofrimento e ofereçam uma morte digna – uma boa morte. São familiares que precisam de apoio para aceitar o inevitável e até para providências práticas, em momentos em que o desatino pode surgir, mesmo sendo a morte do ente querido já aguardada.

O trabalho desenvolvido pelos profissionais da Atenção Domiciliar de Volta Redonda pode proporcionar um fim de vida diferente para quem a medicina não tem mais soluções. Pode unir famílias, possibilita o perdão entre parentes que acumularam rancores, mágoas e divergências aparentemente inconciliáveis ao longo da convivência por meses, anos ou décadas.

O cuidado vai até o preparo do corpo para as despedidas e as visitas de luto para confortar a família. E foi com o trabalho Preparo do Corpo no Domicílio – Ritual de Passagem Sagrado que o serviço do município foi selecionado pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. *“Nossa ideia sempre foi devolver ao paciente a dignidade que a doença tirou”*, resume o médico José Antônio Pereira Fernandes, que compõe uma das equipes do município.

A motivação para a implantação da prática no serviço se deveu não apenas à orientação dos profissionais, mas também pelo perfil dos pacientes atendidos pelo serviço municipal e também pela estrutura do serviço funerário do município, que é público, mas entender o trabalho desenvolvido em Volta Redonda requer conhecer um pouco mais sobre a estrutura da rede no município.

Rede de Saúde de Volta Redonda

O município de Volta Redonda, com 261.522 habitantes (2103), conta com 61 equipes de saúde da família, sendo 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBF), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF). A Rede de Urgência e Emergência (RUE) conta com Samu regional, uma UPA e outros três serviços de emergência com funcionamento 24 horas, chamados de Centro de Atendimento Intermediário de Saúde (Cais). Conta com dois hospitais públicos, o São João Batista – HSJB e o Munir Rafful – HMMR, e dois particulares, que prestam serviços de alta complexidade em cardiologia e oncologia.

O novo centro de especialidades médicas é um exemplo da criatividade da gestão. Funciona nas dependências do estádio de futebol da cidade, rebatizado de Estádio da Cidadania. A implantação da Policlínica da Cidadania pôs fim às longas filas de espera por consultas, com 30 mil pedidos represados. Hoje, as consultas são agendadas em um prazo de 15 dias. São 500 consultas diárias em diversas especialidades.

Também no Estádio da Cidadania, há um centro de imagens, onde são realizados cerca de 10 mil exames por mês, além da ótica municipal, que realiza exames oftalmológicos e fornece cerca de 2 mil óculos por mês para usuários acima de 50 anos ou estudantes da educação básica (ensino fundamental e médio), posto de atendimento para expedição do cartão SUS, uma academia de ginástica voltada para a terceira idade e um espaço para realização de oficinas de terapia ocupacional. O município tem dois centros de reabilitação, um no próprio Estádio da Cidadania e outro no bairro do Conforto, área sul da cidade. Em 2014, deve ficar pronta a terceira unidade, no bairro Tiradentes.

Na área de saúde mental, são cinco Centro de Atenção Psicossocial (Caps) sendo: três Caps, um Caps-AD, um CAPSi, um serviço ambulatorial e quatro residências terapêuticas.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O município é dividido em dois distritos sanitários, o norte e o sul, e cada equipe de Atenção Domiciliar atende a um desses territórios, a sul tendo por base a UPA do município e a norte baseada no HMMR, que são fontes de captação de pacientes. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município começou em 2009, mas antes disso o Hospital São João Batista já tinha um serviço próprio de desospitalização desde o início da década de 1990. Agora, com a possibilidade de habilitação de uma terceira equipe, o SAD tem uma proposta de absorver a equipe do Hospital São João Batista, adequando-a aos critérios do Programa Melhor em Casa e fazendo uma nova divisão do território.

As duas Emads são compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. Já a Emap é composta por fonoaudiólogo, psicólogo e nutricionista. A Emap não conta com assistente social, porque a rede de saúde do município trabalha em articulação permanente com os Centros de Referência em Assistência Social (Cras), que acionam sempre que verificam necessidade de apoio aos familiares de pacientes do SAD. *“Já aconteceu de contarmos o CRAS e descobrir que eles já acompanhavam a família e tinham até mais informações do que nós, é uma parceria muito importante para nosso serviço”*, explica a coordenadora do SAD Marta Pereira.

Costumam fazer de cinco a SEIS visitas por turno de trabalho, cada equipe, setorizando, quando possível, os domicílios e a complexidade de cada atendimento. Às quartas-feiras pela manhã, os profissionais das três equipes se juntam para uma reunião em que irão não só discutir os casos clínicos, mas também o impacto do trabalho sobre as próprias vidas e emoções. Com um momento para reflexão sobre a tarefa, dirigida por uma psicóloga que não faz parte da equipe. Precisam se apoiar para poder oferecer o conforto necessário aos pacientes e às famílias. E por falar em apoio, eles também mantêm o grupo de acolhimento ao cuidador, com reuniões que acontecem mensalmente, com a proposta de criar um espaço de escuta qualificada e compartilhar experiências.

Perfil de pacientes

Dos cerca de 140 pacientes em atendimento no início do segundo semestre de 2013, em torno de 80% eram idosos, a maior parte oncológicos, com Alzheimer avançado ou demência. Entre os de meia-idade e jovens, os agravos mais comuns

são traumas, doenças neurológicas e cardiovasculares. Na época, nenhum dos pacientes estava em alimentação enteral. *“Pelo menos 30% são pacientes com câncer em cuidados paliativos em fase final da doença”*, calcula o médico José Antônio, que atua na equipe do Distrito Sul.

Divididos em grau de complexidade do cuidado, a maior parte dos pacientes – entre 80% e 85% – são classificados como AD2. Entre 5% e 10%, são AD3 e o serviço ainda tem cerca de 10% de pacientes que podem ser enquadrados como AD1. *“Ficamos com os pacientes AD1 quando as unidades não têm suporte para a assistência ao paciente, como UBS, por exemplo”*, explica José Antônio, acrescentando que algumas unidades não têm perfil de saúde da família. *“A linha entre uma classificação e outra às vezes também é muito tênue, porque um paciente AD1 pode ter uma necessidade, como uma sonda vesical, que a atenção básica não possa atender pelas próprias limitações e, muitas vezes, também pela condição socioeconômica da família”*, avalia Marta Pereira.

Como boa parte dos pacientes são idosos e em cuidados paliativos, é imprevisível o tempo de permanência no serviço. *“Alguns ficam semanas, outros meses, mas de maneira geral, vêm com a doença já bem adiantada e falecem em pouco tempo”*, afirma José Antônio, lamentando o fato de, às vezes, nem dar tempo de preparar a família para o que vai acontecer. *“Na verdade, acredito que nunca quantificamos isso”*, reconhece José Antônio.

Atendem também alguns pacientes das residências terapêuticas do município, onde a maioria das pessoas têm histórico de longas internações psiquiátricas, que após a desospitalização prevista na reforma manicomial, não tinham família localizável ou a existente não tinha condições de recebê-los. *“A equipe da Residência Terapêutica até procura localizar os familiares, mas às vezes não conseguem. Em alguns casos, o familiar mostra dificuldade em receber aquele usuário, ou mora em outra cidade”* conta Marta Pereira.

Fluxos

O acesso ao serviço de Atenção Domiciliar processa-se da seguinte forma: as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR), a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), o Grupo de Apoio a

Pessoas com Câncer (GAPC) encaminham os pacientes, e esses são agendados de acordo com a demanda. *“Na sua grande maioria, atendemos na mesma semana, priorizando pacientes com câncer, entendendo que o mesmo pode estar com dor ou algum desconforto por causa da doença, muitas vezes os familiares também se encontram precisando de apoio psicológico para dar conta da situação”*, explica Marta Pereira. Na visita, o paciente é avaliado e classificado em AD1, AD2 e AD3.

Caso o paciente não atenda os critérios de inclusão no SAD, ele é contrarreferenciado para a unidade de origem, por meio do formulário de Termo de Comunicação de Não Perfil, com a especificação do motivo, que pode estar relacionado à ausência de cuidador, estado de saúde do cuidador ou situação de risco para equipe. Em qualquer dos casos, é realizada uma busca pela solução do problema, entendendo que esse paciente não pode ser abandonado em sua dor física, socioeconômica e psicológica.

Também, em alguns casos, a solicitação para inclusão no SAD vem dos próprios familiares, especialmente se são oncológicos, por indicação de vizinhos e amigos que já conhecem o serviço, por causa do atendimento que foi realizado a alguém da família – o popular *boca a boca*.

A experiência

Quem nunca acompanhou um óbito em domicílio, especialmente um óbito já esperado, dificilmente irá pensar no que poderá acontecer a partir daquele último suspiro. São complicações burocráticas, operacionais e até emocionais que, no ambiente hospitalar, muitas vezes, podem ser amenizadas ou passar ao largo da família.

A começar pela necessidade da Declaração de Óbito. Se o paciente está no hospital, esse documento é fornecido pelo médico plantonista. Se o paciente está em casa, é preciso que um médico vá até o domicílio. É um documento que impede a tomada de outras providências, porque só com ele é possível remover o corpo até o local onde será velado.

Se o paciente estava internado, o corpo é levado para a morgue, para aguardar o serviço funerário. Isso não acontece se o óbito é em casa. Se a ocorrência é de madrugada, por exemplo, muitas vezes é preciso aguardar até o amanhecer para

tomar as providências necessárias. Resumindo, a relação com a morte é muito próxima. E nem sempre as famílias conseguem lidar com essa proximidade.

Para os profissionais da Atenção Domiciliar de Volta Redonda, a humanização do atendimento não deveria cessar com o óbito, sendo imprescindível o respeito às vontades do paciente enquanto vivo e da própria família.

É um trabalho paulatino, que começa com a observação da família. *“Primeiro verificamos se os familiares têm estrutura para esta escuta”,* explica a enfermeira Maria Idalina de Souza. *“O ritual de passagem começa antes do óbito, principalmente com a família”,* endossa José Antônio.

Quem atesta o que dizem Idalina e José Antônio é dona Olga, uma octogenária, que, em meados de 2013, perdeu uma das filhas, Emília, diagnosticada com câncer quando já estava com metástase óssea. *“Foi o Dr. José Antônio que conversou comigo. Ele tem aquele jeito de explicar, que eu ficava até parada, olhando... na véspera mesmo, ele me falou que a doença dela era imprevisível, me fazendo ficar ciente de tudo lentamente. No fim, eu já estava mesmo esperando. Me arrasou, mas foi bom saber. É melhor saber com antecedência”,* relembra dona Olga.

Preparar a família para o óbito é também orientar para questões práticas. *“Pergunto se já pensaram onde vão sepultar, para onde vão encaminhar o corpo, converso com as pessoas para que elas possam se dividir nas tarefas”,* afirma José Antônio.

Primeiro eles me disseram que eu precisava me preparar psicologicamente, depois, uns dias depois, falaram do lado prático, me disseram para separar documentos, colocar tudo que ia precisar em uma pastinha, separar a roupa que ela ia usar, porque na hora a pessoa fica muito desorientada, eles me passaram muita segurança, lembra a cuidadora Michele, cuja mãe, dona Georgina, morreu de câncer, aos 76 anos, em julho de 2013.

“Foi o Dr. José Antônio que conversou comigo. Ele tem aquele jeito de explicar, que eu ficava até parada, olhando... na véspera mesmo, ele me falou que a doença dela era imprevisível, me fazendo ficar ciente de tudo lentamente. No fim, eu já estava mesmo esperando. Me arrasou, mas foi bom saber. É melhor saber com antecedência”.

Dona Olga, mãe de Emília

“Se o endereço é em uma área mais central, muitas vezes atendemos de madrugada mesmo, mas se é em área de risco, só temos condições de ir no outro dia cedo para providenciarmos os cuidados”.

Idalina, enfermeira

Para evitar um abalo emocional ainda maior para a família, o SAD tem uma articulação com a funerária – que é pública, da gestão municipal, o que facilita a integração com o SUS local – nos casos de óbitos que ocorrem de madrugada. “Eu ligo, passo os dados do paciente, aviso que está em morte iminente e peço para eles atenderem o chamado da família se a morte acontecer de madrugada, e aí nós atestamos o óbito no outro dia bem cedo”, detalha José Antônio.

Caso o familiar não queira esperar o amanhecer, ele pode acionar o Samu, que constata e faz as orientações para remoção do corpo. “Mas é raro, normalmente eles já foram preparados por nós no decorrer das visitas e ficam tranquilos, aguardam a equipe no amanhecer do dia”, acrescenta, mas o vínculo com o paciente muitas vezes faz um dos profissionais se deslocar até o domicílio do falecido ainda durante a madrugada. “A Idalina foi a primeira pessoa para quem liguei quando ela morreu, antes mesmo de ligar para minhas irmãs. Já eram mais de 4 horas da madrugada e a Idalina chegou aqui antes das 5h30”, conta a filha da dona Georgina. “Se o endereço é em uma área mais central, muitas vezes atendemos de madrugada mesmo, mas se é em área de risco, só temos condições de ir no outro dia cedo para providenciarmos os cuidados”, explica a enfermeira Idalina. “Orientamos a família sobre os cuidados com o corpo naquele momento, certificando se o familiar tem condições de fazer isso, se está só em casa etc.”, enfatiza Marta Pereira.

A iniciativa de preparar o corpo após o óbito surgiu na ocasião do primeiro óbito acompanhado pela equipe, em 2009. Estava ali a grande oportunidade de fazer diferente do que é feito no hospital ou pelo serviço funerário de forma impessoal, possibilitando à equipe fechar o ciclo do cuidado àquele paciente e de acolher esta família neste momento de sofrimento, dando aos entes queridos a oportunidade de participar deste ritual, se quiserem, relata Idalina.

E nesse trabalho todos da equipe se envolvem, inclusive os motoristas da equipe, que costumam se voluntariar, o que demonstra a unidade das equipes.

Visitas de luto

O trabalho da equipe não termina com a morte do paciente. Aproximadamente 15 dias após o óbito, fazem uma visita aos familiares que chamam de visita de luto, que tem como proposta ouvir os familiares a respeito da morte do seu ente querido, observando sua capacidade de lidar com a perda, criando um espaço para expressar a dor e o sofrimento em uma atmosfera acolhedora. E saber como foi para ele vivenciar a experiência do adoecimento e da morte de forma tão próxima e participativa.

Procuramos com estas visitas observar como as pessoas estão elaborando esta perda, buscamos mostrar que a morte faz parte do processo de viver e possibilitando que ele fale de sua dor, seus medos ou possíveis sentimentos de culpa. Acompanhamos como a elaboração desse luto se processa e, se identificarmos a possibilidade de um luto complicado, fazemos outra visita. Caso persistam os sintomas, encaminhamos esse familiar a terapia oferecida pela rede de saúde do município, explica Marta.

Esse cuidado encontra-se ratificado na fala da cuidadora Michele, filha da Dona Georgina: “Me senti cuidada, apoiada”.

A morte pertence à condição humana. Apesar de esta afirmativa ser verídica e de conhecimento de todos, a grande maioria das pessoas enfrenta muitas dificuldades na superação do luto. Aqui nos referimos ao luto pela perda do ente querido. Embora passemos boa parte de nossa vida lidando com perdas e lutos, quando nos deparamos com a morte de um ser que amamos, parece que nesse momento esse sentimento é intensificado. O que se explica também pela existência dos laços afetivos, história de vida em comum e,

“A morte pertence à condição humana. Apesar de esta afirmativa ser verídica e de conhecimento de todos, a grande maioria das pessoas enfrenta muitas dificuldades na superação do luto”.

Idalina, enfermeira

principalmente, porque nos remete à nossa vulnerabilidade e impotência frente à morte. Vale ressaltar que esse processo de luto é considerado normal e necessário para elaboração desta experiência, explica Idalina.

No desenvolvimento da assistência do SAD de Volta Redonda, a equipe estabelece o vínculo psicossocial e espiritual com o paciente, a família e os cuidadores, atento para orientar nas demandas do paciente e seus familiares no âmbito biopsicossocial – sofrimento na hora da morte, problemas financeiros, manutenção da família após a morte, preocupação com bens materiais.

No âmbito espiritual, ajuda a desenvolver o sentimento de paz de espírito, a ter esperança, perdoar e ser perdoado, encontrar sentido na vida e na morte, trabalhar os possíveis sentimentos de culpa, redescobrir o espiritual, entre outros.

O principal foco dos cuidados baseia-se na qualidade de vida do paciente e seus familiares, não encerrando o trabalho da equipe na morte do paciente, sendo necessária a assistência biopsicossocial e espiritual aos familiares pós-morte.

“A visita de luto tem como proposta ouvir os familiares a respeito da morte do seu ente querido, observando sua capacidade de lidar com a perda, criando um espaço para expressar a dor e o sofrimento numa atmosfera acolhedora”, finaliza a coordenadora do SAD.



LIÇÕES APRENDIDAS E RECOMENDAÇÕES

Ao longo do trabalho de convocar os serviços, analisar e selecionar experiências, manter contato e conhecer em detalhes as experiências concebidas por profissionais e gestores de Atenção Domiciliar brasileiros, algo que chama a atenção é a motivação e o empenho com que os trabalhadores da Atenção Domiciliar conduzem as atividades do dia a dia.

Cientes da importância do trabalho que desempenham, eles também sabem que é imprescindível para sucesso dessas atividades uma permanente interlocução e articulação com todos os demais pontos de atenção das redes em que estão inseridos. E isso não é por acaso. Afinal de contas, são os demais níveis de atenção que encaminham e recebem pacientes da Atenção Domiciliar e o cuidado necessário a estes pacientes também não dependerá apenas da atuação dos profissionais da AD.

Ao dialogar de forma permanente com os demais pontos de atenção, a AD acaba sendo não só um elo necessário para o tão desejado funcionamento em rede, mas também um termômetro e um observatório dessa rede, ao constatar suas potencialidades e fragilidades.

O bom desempenho da AD também dependerá do bom funcionamento dos demais pontos de atenção, especialmente da atenção básica, a quem cabe atender aos pacientes de menor complexidade que precisam do atendimento em domicílio, os classificados como AD1, conforme as normas do Programa Melhor em Casa.

Se a atenção básica não tem condições de atender a esses pacientes AD1, os serviços de AD acabam sendo tensionados a prestar esse cuidado, o que pode dificultá-la de prestar a atenção necessária àqueles que apresentam quadros de maior gravidade.

Por isso, a cobertura da estratégia saúde da família é elemento fundamental na qualificação da modalidade de cuidado Atenção Domiciliar: quanto maior a cobertura e a capacidade resolutiva das eSF, mais potente a capacidade do gestor local em oferecer Atenção Domiciliar de qualidade para a população que necessita, sobretudo na interlocução com os hospitais e os serviços de urgência/emergência (AD como porta de saída qualificada). Ambos, fortalecidos e resolutivos, são importantes aliados para a oferta do cuidado, seguindo as diretrizes do SUS, especialmente no que diz respeito à integralidade.

Da mesma forma, os profissionais da AD precisam contar com a parceria permanente da atenção hospitalar e da rede de urgência e emergência, não só para captação dos pacientes, mas também para assegurar o atendimento prioritário que se faz necessário em casos de piora dos pacientes em seus domicílios.

Levando-se em conta a alta rotatividade dos profissionais de saúde nestes pontos de atenção, essa interlocução deve ser permanente, com a parceria sendo sempre renovada, seja com o diálogo permanente nos próprios serviços, por iniciativa dos profissionais que atuam na ponta, seja nas reuniões do centro de decisão da gestão local.

Faz-se necessário ainda o apoio dos gestores para assegurar aos profissionais da Atenção Domiciliar a logística imprescindível ao bom desempenho do trabalho, especialmente com relação ao transporte, sem o qual se torna impossível o atendimento aos pacientes. O leque de problemas apresentado é vasto e vai desde o rodízio de motoristas de serviços terceirizados, sem qualquer vínculo ou treinamento com aquele tipo de serviço, passando pela desorganização nos roteiros, até o número de veículos em relação à equipe disponível e ao número de visitas necessárias. Considerando que a força de trabalho é o item de despesa mais caro em qualquer serviço de AD, vale avaliar se um carro por equipe é adequado à necessidade e possibilidade da respectiva equipe e também o quanto uma equipe poderia ser potencializada se tivesse mais um veículo.

Pelas discussões a respeito da rotina dos serviços de AD, verifica-se que o cuidador é peça fundamental para o sucesso do trabalho e que esse cuidador, da mesma forma que o paciente, também deve merecer atenção especial das equipes. Além de apontar para a necessidade de busca de metodologias horizontais, que representem troca entre profissionais e cuidadores, as discussões comprovam a necessidade de conhecer o universo em que vive a família, para que sejam pactuadas as possibilidades de cuidado de pacientes e familiares. O MS trata o tema com cuidado, no sentido de minorar o ônus da doença para a família ou vizinhos do paciente.

Nota-se ainda que muitas das experiências foram implantadas sem que tenha havido um estudo prévio de custo-benefício, algo imprescindível, levando-se em conta a escassez de recursos disponíveis no SUS e a necessidade permanente de otimização dos recursos públicos investidos.

De modo geral, os municípios têm muita dificuldade para avaliar esse aspecto. Das 10 instituições analisadas, apenas três têm o custo médio paciente dia levantado. A diferença entre o maior e o menor valor apresentado chega a mais de cinco vezes. Recomenda-se uma linha de apoio técnico aos municípios para avaliar esse aspecto.

O trabalho com relação ao levantamento de custos da Atenção Domiciliar deverá levar em conta ainda o tempo médio de internação/atendimento, que vai depender do perfil da clientela. Em serviços que atendem, em sua maioria, pacientes agudos, com captação nos serviços de urgência e emergência, esse período será menor, podendo chegar a sete dias. Já os que atendem majoritariamente pacientes crônicos, esse tempo pode chegar a 180 dias. Essas variantes vão influenciar o custo médio paciente/dia.

A participação de acadêmicos de medicina e psicologia atuando na Atenção Domiciliar de dois dos municípios visitados aponta para a formação de profissionais vocacionados para essa modalidade de atenção, o que com certeza representará o desenvolvimento e amadurecimento das ações, a partir da disseminação dessas práticas entre os futuros profissionais da saúde pública.

A apresentação de experiências de serviços com diferentes portes, atendendo contingentes populacionais variados, tanto em cidades interioranas quanto em grandes regiões metropolitanas, demonstra o grande potencial de adaptação dessa modalidade de cuidado às necessidades da população a ser atendida, tanto no que diz respeito aos aspectos epidemiológicos como sociodemográficos, no entanto as especificidades das regiões metropolitanas e de grandes municípios merecem espaços de debate separados, especialmente na discussão a respeito de ferramentas de organização da AD nessas redes. A título de exemplo, o funcionamento desses serviços em cidades deste porte tornam imprescindível a existência de um sistema de regulação organizado, com fluxos bem definidos e que seja capaz de comportar detalhes do histórico do paciente. Esse sistema de regulação deverá ser utilizado para agilizar e qualificar o encaminhamento para outros serviços, inclusive de urgência e emergência, como no momento de acionar o Samu.

Por fim, merece destaque a forma como foi desenvolvido o Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar, com forte parceria entre a Opas e o MS, que contribuiu

para o alcance dos resultados. A equipe do Programa Melhor em Casa do MS, inclusive o coordenador, se dispôs a fazer o laboratório junto com a coordenação do Liad e isso fez toda a diferença. Nesse processo, a equipe do Melhor em Casa esteve presente nos encaminhamentos de maior importância e em todos os espaços coletivos que o laboratório propiciou, como no Seminário do Laboratório.

À medida que o Laboratório ia se desenvolvendo e exigindo respostas e encaminhamentos, acontecia um rico processo de reflexão sobre a política de AD, que está ainda em processo de implantação no país, e um movimento de busca por respostas para as inquietações de quem está na prática cotidiana.

ANEXO A – CHAMAMENTO PARA O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS, com a cooperação técnica da Opas/OMS Brasil, convida os interessados a participarem do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar.

Esta iniciativa faz parte da estratégia dos Laboratórios de Inovação, que consiste na identificação e valorização de experiências e práticas bem-sucedidas no SUS, no campo da Atenção Domiciliar, buscando seu potencial de inovação e indicando resultados alcançados e caminhos para sua ampliação.

Nesse contexto, as experiências e as práticas inovadoras devem atentar para o conceito de inovação que aponta para *“mudança que produz benefício e a eficácia desses benefícios tem que ser demonstrada”* (TASCA R. 2011, p.13).

O Grupo de Trabalho (GT) instituído pelo MS em parceria com a Opas coordenará a seleção dos trabalhos, bem como poderá constituir os subgrupos de trabalho pertinentes à progressão das etapas desse processo.

O prazo para o envio das experiências é até 31 de março de 2013. Sua divulgação será realizada no site do Ministério da Saúde/SAS/DAB/Atenção Domiciliar (www.saude.gov.br/dab) e no Portal da Inovação na Gestão (www.apsredes.org).

I. Das informações preliminares e sobre os temas para a submissão das experiências

Serão contempladas experiências ou práticas inovadoras, nos seguintes eixos temáticos:

1. Eixo I – Gestão da Atenção Domiciliar:

- 1.1 Gestão na AD.
- 1.2 Atenção Domiciliar e integralidade da atenção à saúde.
- 1.3 Planejamento e programação das ações da AD de forma integrada ao planejamento do sistema de saúde.
- 1.4 Pactuação de fluxos das equipes de Atenção Domiciliar com os pontos de atenção.
- 1.5 Protocolos assistenciais para a Atenção Domiciliar (admissão, encaminhamentos, condutas clínicas, classificação de risco, alta/desligamento e óbito).

- 1.6 Gerenciamento telefônico e computadorizado;
- 1.7 Integração dos sistemas de informações como ferramenta da Atenção Domiciliar.
- 1.8 Territorialização na AD.
- 1.9 Estratégias para AD em territórios especiais (alto índice de violência urbana, características geográficas desfavoráveis, entre outros).
- 1.10 Trabalho em equipe na AD.
- 1.11 Avaliação de custo-benefício da AD.
- 1.12 AD e a intersetorialidade.
- 1.13 Gestão compartilhada, Atenção Domiciliar como ferramenta da gestão do cuidado/regulação.
- 1.14 Educação permanente em AD como forma de integração dos diversos serviços e modalidades.
- 1.15 Prontuário domiciliar.
- 1.16 Importância do transporte, logística e infraestrutura no desenvolvimento e organização da AD.

2. Eixo II – Cuidado em Atenção Domiciliar:

- 2.1. Capacitação e apoio aos cuidadores.
- 2.2. Desenvolvimento do conceito de auto cuidado como possibilidade de ampliação da autonomia.
- 2.3. Adaptação de procedimentos e técnicas para o contexto domiciliar e familiar.
- 2.4. Cuidados paliativos/possibilidade de morrer no domicílio.
- 2.5. Humanização do cuidado.
- 2.6. Cuidado com recém-nascidos.
- 2.7. Incorporação tecnológica no domicílio e/ou novas tecnologias de cuidados;
- 2.8. Cuidados domiciliares para pacientes agudos e agudizados e seu impacto nas portas de urgências.
- 2.9. Cuidados em pacientes crônicos, entre outras.
- 2.10. Expandindo a AD para novos perfis de usuários.
- 2.11. O cuidado domiciliar solidário: como apoio em situações de calamidade, endemias e outras dificuldades eventuais do sistema de saúde local.

OBSERVAÇÕES:

- O GT Inovação poderá selecionar entre as experiências inscritas aquela(s) em que serão realizados estudos de caso, analisado todo o processo de implantação, assim como os resultados obtidos.
- As experiências ou práticas selecionadas serão visitadas por uma equipe indicada pelo Laboratório de Inovação em AD, com o objetivo de conhecer melhor as práticas desenvolvidas, e avaliar in loco os principais pontos de inovação.
- Todas as experiências selecionadas pelo GT Inovação serão divulgadas no site do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar (<http://apsredes.org/atencadomiciliar>) e aquelas, entre essas que forem eleitas para aprofundamento, comporão novo volume da publicação técnica intitulada “Experiências Inovadoras em Atenção Domiciliar no SUS”, cuja autoria será das respectivas equipes e a organização e coordenação sob a responsabilidade conjunta da Opas do Brasil e da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS.
- As equipes eleitas serão orientadas no sentido de sistematizar suas experiências. Ao final haverá um “Seminário Nacional de Atenção Domiciliar do SUS” com a apresentação das experiências eleitas.

II. Dos requisitos para inscrição das experiências

1. Poderão se inscrever para participar do processo seletivo do Laboratório de Atenção Domiciliar instituições vinculadas aos SUS com experiência de caráter inovador, que tenham produzido resultados práticos, já finalizados ou em curso, desenvolvidas em serviços vinculados ao SUS.
2. As referidas experiências podem fazer parte do trabalho das equipes de atenção básica, que desenvolvem cuidados domiciliares (modalidade AD1) ou equipes específicas de Atenção Domiciliar descritas como modalidade AD1, AD2 ou AD3 descritas na Portaria nº 2.527/2011, habilitadas ou não pelo Melhor em Casa, localizadas em outros pontos do Sistema, como hospitais, unidades de urgências e outros, devendo os autores estar ligados aos respectivos serviços.
3. Os gestores/serviços de AD poderão se inscrever para relatar experiências inovadoras de AD.

4. Recomenda-se que a decisão de inscrição de experiências pelos autores seja precedida do aval do respectivo gestor. Naqueles casos em que isso não ocorrer e que o trabalho seja selecionado, o respectivo gestor será informado pelo Grupo de Trabalho Inovação em AD e o trabalho só será divulgado depois de avalizado por ele.
5. A experiência deverá ser descrita conforme o roteiro a seguir, não ultrapassando três laudas (90 linhas) e enviada para o e-mail: labatencaodomiciliar@gmail.com.

ROTEIRO PARA INSCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:

1. Instituição proponente.
 - Endereço.
 - Município/Estado.
 - CNPJ.
2. Autor(es).
3. Contato.
 - Telefone.
 - *E-mail* de contato.
4. Eixo: Gestão Cuidado.
5. Tema Principal.
6. Título do Trabalho.
7. Resumo estruturado – enviar em anexo, segundo descrição a seguir, em texto de no máximo três laudas (90 linhas)
 - Período em que foi desenvolvida a experiência.
 - Abrangência/número de pessoas beneficiadas.
 - Atores envolvidos.
 - Descrição dos dispositivos, técnicas, ferramentas, métodos ou processos de trabalho utilizados.
 - Resultados obtidos.
 - Por que considera a experiência de caráter inovador e quais aspectos/características limitantes da experiência.

Obs.: poderão ser inseridas figuras (gráficos, quadros, mapas), tabelas, fotos e *links* de vídeo referidos no relato da experiência – sendo esses tratados como anexos ao final do documento e não computados no número definido de laudas.

III. Da seleção e divulgação das experiências

1. A seleção das experiências, por eixos e temas, será coordenada pelo Grupo de Trabalho Inovação composto por no mínimo, 3 (três) membros, com reconhecimento saber na área temática.
2. As experiências serão analisadas, observados os seguintes critérios:
 - a) Relevância.
 - b) Caráter inovador.
 - c) Sustentabilidade.
 - d) Reprodutibilidade em contextos similares.
 - e) Clareza e objetividade na apresentação escrita.
 - f) Alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS.
 - g) Resultados.
3. Não serão elegíveis as experiências inscritas que:
 - a) não sejam enviadas com dados completos;
 - b) não atendam às normas para apresentação das experiências definidas nesse chamamento;
 - c) não tenha a ver com o tema de Atenção domiciliar.
4. O GT Inovação comunicará suas deliberações aos autores das experiências por meio de e-mail e pelo site do Portal da Inovação na Gestão do SUS – Redes e APS (www.apsredes.org) e pelo site do Ministério da Saúde/Atenção Domiciliar (www.saude.gov.br/dab/melhoremcasa).

IV. Das disposições finais

1. A inscrição das experiências pelos autores implicará a aceitação das normas estabelecidas conforme esse chamamento e em outros instrumentos a serem publicados de forma complementar ou retificadora a este regulamento e nos comunicados do GT Inovação aos inscritos.
2. É de inteira responsabilidade dos inscritos ler atentamente o regulamento, acompanhar todos os atos, as publicação de editais e os comunicados referentes a essa convocação, por meio da internet, no endereço eletrônico do Portal da Inovação

- na Gestão do SUS – Redes e APS (www.apsredes.org) e pelo *site* do Ministério da Saúde/Atenção Domiciliar (www.saude.gov.br/dab/melhoremcasa).
3. As datas definidas neste regulamento poderão ser alteradas, desde que amplamente divulgadas em tempo hábil.
 4. As questões não previstas neste chamamento serão definidas por deliberação do GT Inovação e poderão ser obtidas no endereço do eletrônico do Portal da Inovação na Gestão do SUS – Redes e APS (www.apsredes.org.br) e pelo *site* do Ministério da Saúde/Atenção Domiciliar (www.saude.gov.br/dab/melhoremcasa).

Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde.

ISBN 978-85-334-2204-9



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCOTÓPIO REGIONAL PARA AS
Américas



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA