

# Avaliação dos encaminhamentos para o serviço de atenção domiciliar no município de Mauá/SP a partir de pacientes avaliados e não admitidos pelo serviço

## Assessment of the Referrals for the Home Care Service in the Municipality of Mauá/SP from Assessed and Not Admitted Patients by the Service

Renata Carneiro Vieira<sup>i</sup>  
Verônica Sanches Santos Melo<sup>ii</sup>  
Cleante Ferreira<sup>iii</sup>

### Resumo

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) destina-se a usuários com dificuldade de locomoção e que necessitem de acompanhamento frequente, de intensidade maior que a capacidade da rede básica. O estudo objetivou identificar as unidades que mais têm realizado encaminhamentos não admitidos e quais motivos. Foi realizado um estudo quantitativo, com encaminhamentos de julho a novembro de 2014 a partir da análise de fichas de encaminhamento e de triagem. Três UPAs tiveram mais de 30% não admitidos, o Hospital Municipal teve 24,39% e duas UBS tiveram mais de 20%. Os motivos mais comuns da não admissão foram o paciente estar clinicamente instável, poder ser acompanhado pela atenção primária, estar aguardando exame ou procedimento na internação e recusa familiar. Com o estudo, ficou claro que o papel do SAD necessita ser melhor compreendido pelos serviços municipais. Foi definido calendário de reuniões e de discussões de caso.

**Palavras-chave:** Atenção Domiciliar. Avaliação. Encaminhamentos.

### Abstract

The Home Care Service (SAD) is intended for users with limited mobility and requiring frequent monitoring of greater intensity than the capacity of the basic network. The study aimed at identifying the units that have accomplished more not admitted referrals and what are the reasons. A quantitative study was conducted, with referrals from July to November of 2014 based on the analysis of routing and sorting files. Three UPAs had more than 30% not admitted, the Municipal Hospital had 24.39% and two UBS had more than 20%. The most common reasons for the non-admission were: the patient is clinically unstable, it may be accompanied by primary care, it is waiting for test or procedure for hospitalization and family refusal. With the study, it became clear that the role of the SAD needs to be better understood by the municipal services. Meeting schedule and case discussions were defined.

**Keywords:** Home Care; evaluation; referrals

<sup>i</sup> Renata Carneiro Vieira (renatauff2001@yahoo.com.br) é médica de Família e Comunidade, especialista em Gestão em Saúde e em Saúde da Família e médica do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

<sup>ii</sup> Verônica Sanches Santos Melo (veronica.sanches.s.m@gmail.com) é enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

<sup>iii</sup> Cleante Ferreira (cleanteferreira@hotmail.com) é enfermeiro e gerente do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Mauá/SP.

## Introdução

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Lampert et al.<sup>5</sup> têm como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários, além de um cuidado contextualizado à cultura e dinâmica familiar. As atribuições da Atenção Domiciliar (AD) vão além da simples reabilitação do paciente: alcançam os três níveis de cuidado (atenção primária, secundária e terciária)<sup>4</sup>. É dividido em atendimento e internação domiciliares conforme características do procedimento médico utilizado, da complexidade das tecnologias envolvidas, do aparato médico-hospitalar instalado e da densidade dos cuidados<sup>2</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção domiciliar é definida pela Portaria Ministerial nº 963/2013 e pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006. A organização se dá em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), pautadas de acordo com grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessárias para o cuidado a ser prestado. Na organização proposta pelo Ministério da Saúde, é de responsabilidade da Atenção Primária a assistência a usuários que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês<sup>3</sup>.

A Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) destina-se aos usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Dentre eles, destacam-se pacientes com demanda por procedimentos de maior complexidade que podem ser realizados em domicílio, pacientes em reabilitação por deficiência permanente ou transitória, que necessitam de atendimento contínuo até apresentarem condições de frequentar outros serviços de reabilitação; em adaptação ao uso do dispositivo de traqueostomia, de órteses/próteses ou ao uso de sondas e ostomias; em pós-operatório; em uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; com dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; com necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; com necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; e com necessidade de cuidados paliativos ou de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo preestabelecido<sup>3</sup>.

A modalidade AD3 destina-se aos usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de pelo menos um dos equipamentos a saber: suporte ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP – ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis – BIPAP), diálise peritoneal ou paracentese<sup>3</sup>.

Ainda de acordo com a Portaria Ministerial nº 963/2013, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esta equipe é responsável pelo acompanhamento do paciente, com apoio da Equipe Multiprofissional de Apoio, composta por três dentre os possíveis profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, de acordo com a demanda de cada território<sup>3</sup>.

Existem critérios de elegibilidade para que o paciente seja admitido pelo SAD, sejam clínicos, que dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita, sejam administrativos, que se referem a quesitos necessários para que o cuidado em AD seja realizado, tais como: residência no território de cobertura; consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador; responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional; concordância e encaminhamento do médico assistente, por meio de protocolo ou instrumento de contrarreferência; e ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários. Dessa forma, os critérios de elegibilidade para a AD se confundem com os critérios que definem a inclusão em cada uma das modalidades<sup>4</sup>.

Ainda segundo a Portaria Ministerial que rege a prestação da atenção domiciliar no âmbito do SUS, os critérios para a não admissão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar (AD2 e AD3) são: perfil de atendimento na modalidade AD1; pacientes que não apresentem condições clínicas para o cuidado em domicílio; pacientes com necessidade de monitorização contínua; com necessidade de assistência contínua de enfermagem; com necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou com necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua. Além disso, impedem o acesso de um usuário ao SAD a ausência um cuidador identificado e não apresentar condições ambientais e físicas que permitam o acesso e o cuidado em domicílio<sup>4</sup>.

Assim, são encaminhados ao atendimento do-

miciliar, pacientes cujas patologias necessitem de cuidados acima do ambulatorial, como o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, curativos, entre outras. Por outro lado, a internação domiciliar visa à monitoração de quadros mais graves, mas, contudo, não eletivos para internação propriamente dita. Entre esses dois extremos, várias experiências têm sido implantadas nos municípios e Estados do Brasil, buscando o estabelecimento de um projeto de intervenção que se adequasse ao perfil de saúde dos usuários do país<sup>2</sup>. Como a indicação da atenção domiciliar perpassa toda a rede, cada serviço deverá estar apto a identificar o usuário elegível para a AD. Por meio de fluxos e protocolos previamente pactuados, os serviços que compõem a rede de atenção podem indicar a AD e “encaminhar” o paciente para o SAD, através de instrumentos padronizados.

Apesar da existência de protocolos pactuados pelos serviços da rede, avaliações em que o paciente não preenche critérios de elegibilidade para o serviço. Pela necessidade de utilização mais eficiente dos recursos do SAD, assim como de todos os serviços de saúde, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado em procedimentos – implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população<sup>1</sup> é especialmente importante que as unidades da RAS compreendam o papel e as atribuições do SAD e o perfil de cuidado que demanda atuação e acompanhamento do mesmo.

### Objetivo

Identificar as unidades que mais têm realizado encaminhamentos nos quais o paciente não

é admitido pela equipe multiprofissional do SAD-Mauá e os motivos para a não admissão destes pacientes no serviço.

### **Materiais e métodos**

Estudo quantitativo, realizado com as triagens realizadas pelo SAD-Mauá entre julho e novembro de 2014. Os dados foram obtidos a partir da análise das fichas de encaminhamento recebidas e fichas de triagem produzidas.

Foi construída uma tabela na qual foram inseridos, num primeiro momento, os dados obtidos a partir da ficha de encaminhamento recebida: unidade que fez o encaminhamento, identificação do paciente e motivo do encaminhamento. Em um segundo momento, foram inseridos os dados constantes na ficha de triagem: as patologias do paciente, se foi admitido ou não admitido pela EMAD e o motivo da admissão ou da não admissão.

Após esta tabulação inicial, foram selecionados apenas os casos não admitidos. Nestes, foi realizada a identificação do serviço de origem do encaminhamento e do motivo da não admissão pelo SAD. Os demais dados foram utilizados em outros trabalhos realizado pelos autores.

### **Resultado**

O SAD-Mauá recebeu 229 encaminhamentos vindos dos equipamentos da Rede de Atenção à Saúde do município de Mauá entre julho e novembro de 2014. Todos foram avaliados pela equipe multiprofissional e 48 destes (20,96%) não foram admitidos no serviço.

Em relação à origem dos encaminhamentos nos quais o paciente não foi admitido, três das quatro Unidades de Pronto Atendimento existentes no município tiveram um percentual de avaliados e não admitidos maior que o percentual do municí-

pio como um todo: uma delas teve um índice de 30,77% (4 não admitidos de 13 encaminhados), outra de 38,46% (5 não admitidos de 13 encaminhados) e a que teve o maior percentual teve 51,61% (16 não admitidos de 31 encaminhados) não admitidos. Dentre os serviços municipais que também tiveram um percentual de pacientes encaminhados, avaliados e não admitidos maior que a média, encontram-se ainda o Hospital Municipal, com 24,39% (10 não admitidos de 40 encaminhados), e três Unidades Básicas, com 22,22%, 25% e 33,33%. Porém, estas UBS tiveram um número muito baixo de pacientes encaminhados para que estes percentuais sejam significativos. Em conjunto, as UBS tiveram a menor taxa de não admissão: apenas 8 de 147 pacientes encaminhados (5,45%).

Os principais motivos para a não admissão foram a gravidade e instabilidade do quadro clínico do paciente, que fazia com que ele necessitasse de monitorização contínua (em 30% dos casos, 68 pacientes), ou o paciente não necessitar de acompanhamento de frequência e/ou intensidade maior que a capacidade da rede básica, podendo ser acompanhado pela equipe da atenção primária (20% dos casos, 45 pacientes), ou estar aguardando exame ou procedimento a serem realizados ainda durante a internação (7% dos casos, 16 pacientes) ou por recusa familiar (também em 16 pacientes, 7% dos casos).

### **Conclusões**

O tipo de cuidado prestado pelo Serviço de Atenção Domiciliar e o perfil de pacientes com critérios necessários para admissão necessita ser melhor conhecido e compreendido por todos os serviços municipais.

Os maiores percentuais de encaminhamentos não admitidos aconteceram nas Unidades de Pronto Atendimento, nas quais a maior parte dos profis-

sionais que encaminham pacientes trabalham em regime de plantão, tornando mais difícil a educação permanente e o vínculo e conhecimento da Rede de Atenção à Saúde. A principal dificuldade desses profissionais foi determinar quando o paciente ainda necessitava de cuidados hospitalares ou, por outro lado, quando ele poderia ser acompanhado pela equipe da Atenção Primária.

A partir dessas informações e do conhecimento do número de encaminhamentos por serviço, foram definidos os pontos da rede em que o processo de discussão dos casos não admitidos e das dificuldades encontradas deveria se iniciar e foi elaborado um calendário de reuniões e discussões de casos. As reuniões se iniciaram com o Hospital Municipal, que não teve o maior percentual de pacientes não admitidos, porém, de onde partiu o maior número de encaminhamentos e que também teve uma taxa de não admissão maior que a média.

Nessas reuniões, já realizadas, foram feitas alterações na ficha de encaminhamento dos pacientes para adequá-la às necessidades de comunicação entre os dois serviços. Foi também pactuada a participação de membros da equipe do SAD, no mínimo semanal, na reunião do corpo clínico da enfermaria de clínica médica. O objetivo desses encontros é realizar a captação de pacientes ainda não identificados como passíveis de assistência domiciliar e discutir casos em que há dúvidas quanto à possibilidade do cuidado domiciliar, pela intensidade de monitorização e assistência necessárias ou pela tecnologia necessária a esse cuidado.

Além disso, foi planejada a participação da equipe do SAD em reuniões que já são realizadas em cada território de saúde, a fim de integrar os diversos equipamentos da rede. Foram agendadas participações do SAD também em reuniões técnicas e reuniões de equipes das Unidades Básicas de Saúde, para nova apresentação do serviço e discussão de casos, seja de pacientes que já são acompanha-

dos pelo SAD, seja de pacientes que estão em acompanhamento apenas pela atenção primária.

## Referências

1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.
2. Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. *Rev Baiana Enfermagem*. 2000;13:103-7.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 28 maio 2013.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília (DF); 2012.
5. Lampert MA, Brondani CM, Donati L, Souza SJ, Cerezer LG, Bottega FM. Perfil de doentes crônicos de um serviço de internação domiciliar na Região Sul do Brasil. *J Nurs Health*. 2013;3(2):147-56.