

ABRANGÊNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

João Guilherme Meinem Garbin¹

Fabiane De Brito Malonn¹

Aline Mendes da Rosa¹

Evandro Lucas de Borba¹

¹Hospital de Aeronáutica de Canoas, Força Aérea Brasileira

Correspondência

Evandro Lucas de Borba
Av. Guilherme Schell, 3950, Bairro Fátima,
Canoas-RS, 92200-630
Fone: (51) 3462-1306
borbaelb@fab.mil.br

RESUMO

A modalidade de saúde baseada na Atenção Domiciliar (AD) envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio. Essa modalidade demonstra cada vez mais potencial para atender às necessidades de usuários ao mesmo tempo que oferece bem-estar e sustentabilidade econômica para os sistemas de saúde. O presente trabalho tem por objetivo demonstrar a importância da Atenção Domiciliar inserida no contexto do Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO) e descrever o perfil dos usuários atendidos pelo hospital nesta modalidade assistencial e suas comorbidades. Trata-se de uma revisão integrativa em bases de dados eletrônicas na área da saúde, bem como análise do banco de dados próprio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do HACO, arquivado entre os anos de 2015 e 2020. A pesquisa evidenciou a potência complementar da AD para o custo-efetividade do sistema de saúde. A AD convoca a reinventar o cuidado, tomando as necessidades do usuário e das famílias como centrais. Além disso, demonstra a capacidade para reproduzir no espaço do domicílio práticas hegemônicas de outros espaços da saúde, de modo a trazer uma melhor coordenação do cuidado e benefícios tanto para o sistema, quanto para o usuário.

Palavras-chave: Atenção domiciliar, Atendimento domiciliar, Cuidado domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

Na sistemática da atenção à saúde do paciente, o atendimento domiciliar entra como um dos mais relevantes serviços para a efetiva integralidade do cuidado, além de estreitar a relação equipe assistencial - paciente a partir de uma das mais importantes ferramentas do cuidado em Atenção Primária à Saúde (APS), que é o método clínico centrado na pessoa [1-3].

Dentro da área de atuação da AD, existem quatro modalidades de ação que possuem suas particularidades e que são caracterizadas de acordo com os objetivos pré-determinados. São elas: a Atenção Domiciliar propriamente dita, que é o termo generalizado que objetiva no domicílio a promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação; o Atendimento Domiciliar que são as atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio; a Visita Domiciliar que é a interação pessoal de profissionais da saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a obtenção de informações e/ou orientações; e a Internação Domiciliar que é uma atividade contínua, que fornece tecnologia e recursos humanos para pacientes graves que necessitam de assistência parecida à do ambiente hospitalar [4-6].

Dentro desse contexto, o Hospital da Aeronáutica de Canoas (HACO), que tem militares e seus dependentes como beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), possui desde 2015 o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) modernizado de acordo com as diretrizes e objetivos determinados pela AD do Ministério da Saúde (MS). Entre os principais serviços prestados pode-se mencionar como, por exemplo, a desospitalização de pacientes com comorbidades de alta complexidade em associação com a assistência multiprofissional em domicílio até a adaptação do mesmo e da sua rede de apoio (familiares, cuidadores, etc) à realidade do cuidado. Ademais, mostra-se relevante explanar a abrangência de profissões que compõem esse serviço tal como médico, enfermeira, técnica de enfermagem, terapeuta ocupacional, farmacêutica, dentista, assistente social, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e fisioterapeuta. É possível ainda classificar a AD em três modalidades que se baseiam no nível de complexidade do quadro de saúde do paciente e a frequência necessária de visitas domiciliares (Figura 1) [7].

Classificação	Descrição	Frequência de visitas
AD1	Problemas de saúde compensados/controlados e cuidados de menor complexidade como os que necessitem de menos recursos.	Geralmente 1 vez ao mês, de acordo com avaliação clínica. Visitas realizadas pela equipe de Atenção Primária que assiste o paciente
AD2	Pacientes com dificuldade de locomoção a uma unidade de saúde que necessite de cuidados com maior complexidade como: - Cuidados paliativos; Necessidade de medicação endovenosa, intramuscular; adaptação de usuários de sondas e ostomias; reabilitação de pessoas com deficiências permanentes ou transitória; entre outras.	1x ou mais na semana, conforme necessidade clínica. Visitas realizadas pela equipe do serviço de atendimento domiciliar do hospital/ município
AD3	Uma das situações da AD2 + uma das seguintes: - Suporte Ventilatório não invasivo; - Diálise Peritoneal; - Paracentese	1x ou mais na semana, conforme necessidade clínica. Visitas realizadas pela equipe do serviço de atendimento domiciliar do hospital/ município

Figura 1: Modalidades da Atenção Domiciliar x necessidade de frequência de visitas. (Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar nº 01* Brasília: MS; 2012).

Nessa conjuntura, o SAD tem trabalhado com os casos mais complexos AD2/AD3, modalidades que necessitam de um maior suporte assistencial e que resultam em um melhor custo-benefício para o sistema de saúde.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem por finalidade revisar a literatura no que tange a AD e suas peculiaridades e descrever o perfil e as comorbidades dos usuários atendidos pelo serviço (SAD), de maneira a elucidar o papel de tal modalidade de atenção à saúde no HACO.

3 MÉTODOS

Revisão bibliográfica e documental com o intuito de encontrar artigos científicos, conceitos, leis, resoluções, portarias e manuais que dissertem sobre o tema. Foram utilizados como descritores: atenção domiciliar, atendimento domiciliar e cuidado domiciliar. Utilizou-se como base bibliográfica: Scielo, PubMed e a plataforma do Ministério da Saúde. O banco de dados que contém a relação dos pacientes atendidos pela AD utilizados neste estudo foi retirado dos arquivos realizados pelo SAD do HACO entre o ano de 2015-2020.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca efetuada no banco de dados do SAD, no período de 2015 a 2020, foram atendidos 180 pacientes; entretanto, para o presente estudo, foi necessário excluir 3 pacientes devido à falta de informações. Por fim, obteve-se como base um número final de 177 atendidos. Em relação à distribuição etária, mostra-se clara a prevalência de pessoas com idade entre 61 e 80 anos ($n=77$), seguida pelos que possuem mais do que 80 anos ($n=76$). Apesar de minoritários, enfermos de menor idade necessitaram de um atendimento especializado fornecido pela AD (quadro 1).

Faixa Etária	Número de pacientes	Porcentagem da amostra
Zero a 20 anos	2	1,12%
21 a 60 anos	21	11,86%
61 a 80 anos	77	43,5%
Acima dos 80 anos	76	42,93%
Total	177	100%

Quadro 1. Distribuição etária

Tais dados vão ao encontro, dentro de suas limitações, da constante transição epidemiológica que

ocorre no Brasil, e que não seria diferente no loco em estudo. Com a melhora na qualidade de vida e com o avanço da medicina, a população inicia um processo de aumento da longevidade, acarretando no envelhecimento dos cidadãos, o que tem como característica um maior número e substituição do tipo de comorbidades, necessitando, assim, de mais assistência.

Os dados do estudo também demonstraram que as porcentagens do público feminino e masculino atendido se assemelha às atuais da população brasileira [Homens: 79 (44,63%); Mulheres: 98 (55,36%)]. Ademais, separamos as comorbidades em 5 grupos principais, de maneira que um paciente possa fazer parte de mais de um grupo em razão da média de idade avançada da amostra, composta por doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, neoplásicas e trauma (quadro 2).

Tipo da Comorbidade	Número de acometidos
Neurológica	63
Cardiovascular	112
Pulmonar	17
Neoplasia	44
Trauma	19

Quadro 2. Comorbidades encontradas

Novamente, os dados vão ao encontro da prevalência observada na população brasileira, com o maior número de pacientes da amostra acometidos por doenças cardiovasculares, as quais são atualmente a principal causa de óbito no Brasil. Dentre as comorbidades estudadas, elencamos as doenças mais prevalentes: nas cardiovasculares são Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca Congestiva; nas Neurológicas, Doença de Alzheimer, outros quadros demenciais e Mal de Parkinson; nas Pulmonares, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; nas Neoplásicas, Câncer de Mama e de Próstata; e nos Traumas são o Traumatismo Cranioencefálico e a Fratura de ossos longos [8].

5 CONCLUSÃO

O presente estudo elucida o protagonismo que a Atenção domiciliar vem adquirindo com o notório envelhecimento da população, com destaque para o SISAU, que possui usuários mais longevos. Devido a essa senilidade, há um aumento da demanda das estruturas hospitalares e de seus recursos. Nesse contexto, a Atenção Domiciliar é uma solução para a melhor coordenação do cuidado dos pacientes dentro do Sistema,

pois proporciona o uso mais objetivo dos leitos de internação e evita reinternações. Também, protege pacientes de exposições prolongadas a infecções hospitalares, além de proporcionar ao enfermo cuidados de qualidade no conforto do seu lar e na companhia de sua família. Logo, no contexto do HACO, a AD tem atuado para cumprir integralmente sua missão: prevenção, tratamento de doenças e reabilitação dos pacientes [9].

REFERÊNCIAS

- 1) Rajão FL, Martins M. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and servisse use in the Brazilian Health System. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(5): 1863-1876.
- 2) Marques FP, Bulgarelli AF. The significance of home care in caring for the elderly in their twilight years: the human perspective of the SUS professional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(6):2063-2072.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar* Brasília: MS; 2012.
- 4) Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União*; 2006.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Segurança do paciente no domicílio*. Brasília:MS; 2016.
- 6) Ribeiro CA. Assistência domiciliar: uma 'nova' modalidade de atenção à saúde [página na Internet].2004
- 7) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS [Internet]. Brasília; 2013.
- 8) Schramm, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004