



**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

TEMPLATE – TRABALHO COMPLETO – Apresentação Comunicação Oral

Caracterização das ações do serviço de Atendimento Domiciliar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO): uma experiência na Alta Complexidade.

Aydee Valério de Souza Albino ¹
Lívia de Souza Freitas de Carvalho ²
Mary Paixão Maçanti ³
Verônica Pinheiro Simões ⁴

Resumo: O trabalho apresenta o funcionamento e o perfil do serviço de Atendimento Domiciliar do INTO, com base em pesquisa quantitativa como parte das ações da atuação em equipe multiprofissional. O objetivo é identificar como se efetiva a assistência domiciliar em um hospital de alta complexidade. A metodologia abrangeu revisão da rotina institucional e pesquisa quantitativa acerca do funcionamento e do perfil dos usuários atendidos em 2018. Os resultados da pesquisa quantitativa revelaram um total de 425 atendimentos, sendo a maioria residente no município do Rio de Janeiro (58%), idosos (69%) e do sexo feminino (58%).

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Saúde; SUS; Alta Complexidade.

Abstract: The work presents the operation and the profile of the INTO Home Care service, based on quantitative research as part of the actions of the multiprofessional team. The objective is to identify how home care is effective in a hospital of high complexity. The methodology included a review of the institutional routine and quantitative research on the functioning and profile of users served in 2018. The results of the quantitative survey revealed a total of 425 visits, the majority residing in the city of Rio de Janeiro (58%), the elderly (69%) and female (58%).

Keywords: Home Assistance; Cheers; SUS; High Complexity.

¹ Assistente Social, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Mestre em Serviço Social (UERJ), aydeevalerio@gmail.com

² Assistente Social, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Especialista em Saúde Pública, livinha_rj@yahoo.com.br

³ Assistente Social, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Mestre em História das Ciências e da Saúde (COC – FIOCRUZ), mmacanti@yahoo.com.br

⁴ Assistente Social, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Especialista em Saúde Pública, veronicapsimoes@yahoo.com.br



1. INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar no Brasil tem seu surgimento nas unidades hospitalares, havendo muitas e diversas experiências vinculadas aos hospitais. Neste sentido, Atenção Domiciliar (AD) se constituiu em termo genérico para denominar experiências de transferência de assistência à saúde das unidades hospitalares para os domicílios. Assim considerado, o atendimento que se efetiva no interior do domicílio do usuário do sistema de saúde pode se contrapor ao modelo hegemônico hospitalocêntrico, pautado pelo consumo de procedimentos, ao permitir uma ampliação do entendimento das necessidades de saúde do indivíduo para além das bio-fisiológicas.

Interessa perceber que essa possibilidade aponta para o cumprimento do princípio da integralidade no SUS e implica em uma atuação e reflexão constantes acerca do funcionamento do serviço ofertado.

O presente trabalho constitui-se em esforço de reflexão do serviço de AD oferecido pelo INTO, buscando identificar o modo como se realiza o serviço prestado pelas equipes de saúde no domicílio, cujo diferencial se vislumbra na presença efetiva e real dos sujeitos em ação, produtores e produtos da sociedade.

No Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), o serviço de Atendimento Domiciliar (ADOMI) surgiu em 2004 na perspectiva da liberação de leitos hospitalares para ampliar a rotatividade de leito e conseqüente ampliação de cirurgias ortopédicas, seguindo o modelo adotado pela maioria dos hospitais.

Apesar da necessidade inicial de liberar leitos, o serviço executado por equipe de saúde em domicílios passou a constituir, na verdade, uma nova modalidade de assistência distinta da prestada em unidade de saúde.

Acompanhando o movimento de expansão desta modalidade no Brasil, a legislação aprovou diversos distintivos que foram criando algumas regulamentações gerais. Entretanto, uma diretriz melhor formulada encontra-se na Portaria 1.208 de 18 de junho de 2013, que criou o chamado Programa Melhor em Casa pelo Governo Federal estimulando a criação de serviços de Atenção Domiciliar através dos municípios.

A formulação da Portaria envolveu esforços de pesquisa acerca dos serviços existentes no Brasil, majoritariamente criadas por unidades hospitalares (MAÇANTI, 2009). A diversidade de experiências existentes nos níveis de atenção de média e alta complexidade pressupõem diretrizes próprias a cada serviço.

A Integralidade pode ser entendida como a capacidade profissional de respostas a demandas dos usuários de saúde de modo articulado e de acordo com a situação vivida,



que implica numa revisão e reestruturação contínua do processo de trabalho, com vistas às diferentes necessidades individuais. Perpassa, portanto, a concepção dos indivíduos atendidos contemplando a totalidade de suas necessidades e potencialidades.

A assistência domiciliar prestada pelos municípios na Atenção Primária considera a criação de vínculos a partir da territorialidade e da integração equipe-comunidade como aspectos relevantes no processo saúde-doença, contudo, na Alta Complexidade, outras estratégias são utilizadas para garantir a continuidade da assistência especializada nos domicílios ou sua absorção pela rede básica de saúde.

O presente trabalho busca, portanto, contribuir na identificação da especificidade do serviço de Atendimento Domiciliar do INTO, considerando a especialidade ortopédica e a Alta Complexidade do SUS.

2. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: Conceito e aparato legal

Parece importante inicialmente reconhecer os conceitos legais empregados no Brasil e, neste sentido, conforme Maçanti (2010), o recorte histórico da construção aponta a predominância de termos como atenção, assistência, atendimento e internação domiciliares nos documentos oficiais após a Constituição Federal de 1988 – quando a saúde é garantida pela lei como direito universal.

Complementar à Lei 8080/1990, a Lei 10424/2002 estabelece o atendimento domiciliar e a internação domiciliar enquanto modalidades de assistência, distintas das modalidades ambulatorial e hospitalar, portanto. Além disso, preconiza a atuação de equipes multidisciplinares nos níveis da “medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora”.

O Estatuto do Idoso, Lei 10741/2003, traz em seu artigo 15 a necessidade de atendimento domiciliar na prevenção e manutenção da saúde do idoso, e sua internação, nos casos em que se encontre impossibilitado de se locomover, incluídos os abrigados e acolhidos.

Em 2006 é lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 – que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços de Atenção Domiciliar, públicos e privados. A conceituação da modalidade de assistência prestada em domicílio torna-se mais clara a partir de então. Atenção Domiciliar é um termo genérico e envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, desenvolvidas no domicílio e engloba a assistência e a internação domiciliares. A assistência domiciliar constitui-se de um conjunto de práticas ambulatoriais, programadas e continuadas desenvolvidas no domicílio.



E a internação domiciliar é um conjunto de práticas prestadas em tempo integral no domicílio, quando há necessidade de tecnologia especializada para controle e tratamento de um quadro clínico complexo.

Ainda neste ano a Portaria nº 2529, de 19 de outubro de 2006, irá instituir a internação domiciliar no SUS, considerando a incorporação tecnológica de caráter substitutivo à intervenção hospitalar, a atenção domiciliar integrando duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar, sendo a assistência domiciliar no SUS desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada.

Em 2016 a Portaria nº 825 define a Atenção Domiciliar (AD) como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidado. Desta forma o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é definido como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Os objetivos a que se destinam os SADs incluem a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Conforme Merhy e Feuerwerker (2008), modalidades contra hegemônicas na produção de cuidado em saúde podem ser analisadas segundo as perspectivas da medicalização e da discussão contemporânea da substitutividade do cuidado hegemônico por novos modos de produzir saúde, pautado pelo debate da transição tecnológica na saúde. Consideram-se substitutivas as possibilidades inovadoras de cuidado em saúde que renovam o modo hegemônico ou o desinstitucionalizam ao criar novos campos de práticas de produção de cuidado.



3. O ATENDIMENTO DOMICILIAR DO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA (INTO)

3.1. Características e objetivos

O ADOMI oferece assistência especializada, no domicílio, com equipe multiprofissional aos pacientes do INTO, em pós-operatório de quadril, coluna e joelho, prioritariamente, com fins de antecipação da alta hospitalar, retorno ao convívio familiar, através da continuidade do atendimento no domicílio. Atendem no domicílio, de maneira conjunta, profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

Considerando a ampla abrangência do INTO – nacional – o ADOMI estende seu serviço para além da cidade onde está localizado, o Rio de Janeiro, limitando sua abrangência até 60 Km de distância de carro. Assim, municípios do Grande Rio também são incluídos na cobertura do serviço, circunscrevendo municípios das Áreas Metropolitanas I e II.

Além do município do Rio de Janeiro, o ADOMI abrange os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Japeri e São João de Meriti, e parte de Magé, ambos circunscritos à Área Metropolitana I, e os municípios de Niterói e São Gonçalo, da Área Metropolitana II.

O Atendimento Domiciliar está sendo compreendido como uma das possibilidades de desospitalização no INTO, contribuindo para ampliação deste conceito na direção de uma gestão mais qualificada do processo de alta hospitalar. Da mesma forma que a hospitalização requer a organização de um processo complexo mediada por diversos sujeitos e práticas e orientada por um conjunto de leis e normas, a desospitalização impõe a mesma preocupação por parte da gestão hospitalar. A desospitalização propicia articulação com a atenção básica como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, como forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da Atenção Primária à Saúde como parte e como coordenadora de uma RAS – Rede de atenção à Saúde (MENDES, 2012).

A construção do processo de desospitalização tem se realizado conjuntamente com outras unidades hospitalares no Rio de Janeiro que se propõem a buscar tanto a efetividade do cuidado, quanto a racionalidade do sistema, de modo a garantir o acesso eficiente ao



sistema de saúde, incluindo aí a garantia da continuidade da assistência no domicílio e ou através dos equipamentos de saúde de seu território.

Deste modo, a atendimento domiciliar como modalidade de assistência no INTO está vinculado a uma gestão de desospitalização mais ampla e complexa em desenvolvimento.

3.2. Funcionamento do serviço

A assistência prestada pelo serviço se efetiva seguindo um fluxo interno ao INTO que preconiza: identificação de demanda para assistência no domicílio durante a internação, cabendo às equipes dos Centros de Atenção Especializada (CAE) a solicitação de parecer para o setor; avaliação de demandas efetivas de desospitalização pela equipe do setor; avaliação de possibilidades de atendimento na localidade de residência; agendamento da visita inicial e orientações sobre o acompanhamento.

A equipe que atua diretamente no domicílio é responsável pelas últimas etapas do fluxo acima, avaliando possibilidades de acesso e permanência no local e avaliando *in loco* os objetivos e metas de cada profissional. O parecer encaminhado através dos CAEs do INTO é avaliado por profissionais do setor que têm se dedicado a estabelecer parâmetros para desenvolvimento da desospitalização.

A característica principal do serviço é a reabilitação imediata do usuário em pós operatório, requerendo a identificação de demanda pelos centros quando o usuário ainda está internado, bem como a avaliação pela equipe ADOMI tanto da demanda como do local de moradia, para que, ao receber alta, o usuário receba de imediato, com um ou dois dias em casa, a equipe multiprofissional.

Uma vez no domicílio, a equipe avalia as necessidades de cuidados de enfermagem e de fisioterapia e aspectos sociais e condições da moradia com fins de orientar como proceder para a reabilitação.

Considerando aspectos físicos do local de moradia, e de condições de suporte aos cuidados objetiva-se adaptar as ações de promoção e reabilitação em saúde à realidade vivida, propondo mudanças necessárias e possíveis.

Considerando a necessidade de realização de troca de curativos, faz-se o fornecimento do material necessário bem como da medicação receitada, quando necessário.

A reabilitação motora além de seguir protocolos institucionais construídos pelos principais Centros (quadril, joelho e coluna) busca integrar a conduta a ser seguida pelo usuário ao seu cotidiano.



A produção de cuidado que se realiza na assistência domiciliar se distancia da hospitalar considerando a residência, o cotidiano e a convivência familiar e ou comunitária do usuário como fatores importantes na sua recuperação.

Além desta caracterização do funcionamento do serviço, outros fatores intrínsecos à modalidade de assistência domiciliar influenciam no trabalho da equipe como o trajeto da unidade hospitalar aos diferentes endereços dos usuários, que envolvem estratégias de logística e também refletem na saúde dos profissionais. Os diferentes trajetos, muitas vezes, tomam um tempo até mesmo superior ao atendimento realizado.

Neste sentido, pensar o atendimento domiciliar do INTO envolve identificar seu funcionamento, cujas rotinas são frequentemente revisadas, e traçar seu perfil contribuindo para o reconhecimento de seus profissionais como produtores e produto de sua ação.

Neste intuito, a pesquisa do perfil do atendimento teve por base o ano de 2018 considerando: *i*) quantitativo de atendimentos realizados; *ii*) distribuição dos atendimentos entre município do Rio de Janeiro e os outros municípios de que possui cobertura englobados nas Áreas Metropolitanas I e II; *iii*) distribuição entre os bairros do município do Rio de Janeiro agrupados em Áreas Programáticas; *iv*) distribuição por sexo; *v*) distribuição por CAES; *vi*) faixa etária; *vii*) alta e tempo de permanência no serviço; *viii*) tempo de solicitação e efetiva inclusão no serviço; *ix*) óbito; *x*) recusa de atendimento; e *xi*) reinternação.

A coleta de dados para elaboração do presente estudo deu-se através de instrumento elaborado pela própria equipe.

4. RESULTADOS

O Atendimento Domiciliar do INTO realizou, no ano de 2018, 425 atendimentos, sendo 58% deles no município do Rio de Janeiro. Os municípios que compõem a Área Metropolitana I receberam 37% dos atendimentos e os da Área Metropolitana II, 5%.

Seguindo o agrupamento dos bairros do município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas, os atendimentos foram distribuídos entre as 10 APs. Os maiores percentuais foram registrados na AP 3.3 (Madureira), AP 4.0 (Jacarepaguá) e na AP 5.2 (Campo Grande), ambos com 15% dos atendimentos domiciliares, seguidos das APs 3.1 (Leopoldina) e 3.2 (Méier), com 12,5% as duas, a AP 2.2 (Tijuca) teve 7,5%, a AP 1.0 (Centro), 7%, a AP 5.3 (Santa Cruz), 6%, 5.1 (Bangu), 5.5% e a 2.1 (Zona Sul), 4%.

Desse modo, a Zona Norte concentrou o maior percentual, de 47,5% do total dos atendimentos seguido da Zona Oeste, 26,5%, Barra-Jacarepaguá, 15%, Centro com 7% e



Zona Sul com 4%. De acordo com os dados do último Censo Demográfico (2010), a distribuição dos usuários atendidos por local de residência refletiu em grande parte a distribuição populacional da cidade cujo percentual foi: Zona Norte – 37,9%, Zona Oeste – 27%, Barra-Jacarepaguá – 14,4%, Zona Sul – 16% e Centro – 4,7%.

Com relação aos municípios atendidos da Região Metropolitana, excetuando-se o Rio de Janeiro, com 58%, temos concentrados na Metropolitana I, 37% contra 5% na Metropolitana II.

Na Área Metropolitana I, 5% dos atendimentos ocorreram no município de Magé, e o mesmo percentual foi verificado em Mesquita. Os municípios de Nilópolis e Queimados totalizaram 7% e 9% dos atendimentos, respectivamente. Os pacientes residentes em Belford Roxo somaram 12%, e os residentes em São João de Meriti 14%. Os maiores percentuais foram observados nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, que totalizaram 23% e 25% dos atendimentos, respectivamente.

Na Área Metropolitana II, os municípios de São Gonçalo e Niterói foram contemplados com 68% e 32%, respectivamente, do total dos atendimentos realizados na área.

Os usuários eram, em sua maioria, idosos - 67%, seguido de adultos - 32% e, por fim, jovens - 1%. Quanto ao sexo, 58% dos usuários atendidos eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino.

O Centro de Atenção Especializada (CAE) que mais solicitou atendimento ao setor foi o Quadril - 44%, seguido pelos CAE's Joelho e Trauma, com 27% e 23%, respectivamente, em seguida o CAE Coluna com 4% e os demais CAE's totalizaram 3% dos atendimentos.

Quanto ao tempo de duração da prestação da assistência domiciliar temos que: 79% receberam até 10 atendimentos; 14%, entre 11 e 54 atendimentos; não houve registro do número de atendimentos em 6% dos casos e em apenas 1% não houve atendimento.

A relação entre o tempo de solicitação de atendimento pelos CAEs e a efetiva inclusão do usuário no serviço ficou da seguinte forma: em 1% dos casos o tempo foi de até 24h, considerado imediato; 30% foram mediatos, com até sete (7) dias entre a solicitação e a inclusão; e 69% dos casos foram qualificados como tardios, com mais de sete (7) dias de intervalo.

Durante os atendimentos, a taxa de mortalidade foi quase inexistente, com 1% de óbito, 6% não tiveram registro e 93% dos usuários receberam alta do serviço.

Apenas 3% dos usuários recusaram o atendimento, em 6% não houve registro deste dado e 91% quiseram o serviço.



O percentual de reinternações foi de 9%, contra 85% que não necessitaram reinternar durante o período de duração da assistência domiciliar e em 6% dos casos não houve registro.

CONCLUSÕES

O INTO se configura como uma referência para tratamento cirúrgico ortopédico de Alta Complexidade, destinado a atender exclusivamente os pacientes do SUS. O Atendimento Domiciliar do INTO cumpre com os objetivos de oferecer continuidade da assistência fora da unidade hospitalar, de forma a abranger moradores de municípios da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro de maneira equitativa, acompanhando a distribuição populacional.

Assim, o INTO se destaca pelo protagonismo na Rede de Atenção à Saúde, mantendo-se como principal executor de tratamento cirúrgico de Alta Complexidade para esta população e garantindo, através do Atendimento Domiciliar, a continuidade do cuidado e a disponibilidade de leitos hospitalares para procedimentos cirúrgicos, contribuindo na redução do tempo de espera das cirurgias ortopédicas eletivas.

Considerando que a maioria dos usuários é de idosos, seguindo o aumento populacional desta faixa etária nos últimos anos, a assistência domiciliar é de fundamental importância na promoção da saúde e da qualidade de vida para envelhecimento populacional.

Esses dados tornam-se mais relevantes se considerarmos as baixas taxas de reinternação e de óbito, contribuindo no fortalecimento da modalidade de assistência domiciliar para a recuperação do usuário, em contraposição ao modelo hegemônico.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria n. 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Portaria n. 2529 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Acessado em março de 2019. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.

MENDES, Eugênio Villaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em março de 2019.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Macruz. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em fevereiro de 2019.

MAÇANTI, Mary Paixão. Assistência Domiciliar em saúde do idoso: uma aproximação. 2009. 71 fls. Trabalho de Conclusão de Pós Graduação Lato Sensu: Serviço Social e Saúde. Faculdade de Serviço Social. UERJ, 2009.