

INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS: ESTRATÉGIA PARA INTEGRALIDADE EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Autores: Santos, SO¹; Deorsola, ML²; Almeida, RAS³; Mello, JR e colaboradores⁴; Oliveira, GJPH⁵; Turcotte, S⁶; Vieira, FL⁷.

RESUMO

Introdução: A Assistência Domiciliar tem assumido papel significativo no panorama da Saúde nacional. Entre as vantagens de estruturar uma rede de atenção domiciliar destacamos a possibilidade de menor permanência no ambiente hospitalar, estreitamento do contato entre paciente e família e a otimização da assistência. A integralidade da atenção, contemplando as várias necessidades de um indivíduo e de sua família, é tomada como meta pelas equipes. Ao pensar o modelo da assistência na região, um grupo de profissionais buscou articular seus anseios por desenvolver um trabalho em rede integrando os serviços que prestam cuidados domiciliares. **Objetivo:** O trabalho tem como objetivo descrever como vem sendo estruturada a rede de atenção domiciliar na região do Campo Limpo de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O Serviço de Assistência Domiciliar da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo atua como unidade catalisadora da integralidade do cuidado e integração das ações, promovendo encontros com as instituições envolvidas com assistência domiciliar: Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Municipal do Campo Limpo, Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Estas compõem, juntamente com outros equipamentos na região, a rede de atendimento da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo e da Autarquia Hospitalar Regional Sul. **Resultados:** A inserção do paciente na rede de atendimento primário, secundário e terciário, através da integração destas ações, aproximando-se da integralidade de suas necessidades. **Discussão:** Dentre os resultados encontrados apontamos a aproximação dos serviços da região, o alinhamento de conceitos, o avanço do processo de definição de competências e, finalmente, a construção de uma proposta de elegibilidade dos usuários e de um plano de cuidados que integra ações dos vários atores da saúde. A partir dos resultados pode-se sugerir que as estratégias contribuem para o cuidado integral do usuário.

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Obstetrícia e Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliar da STSCL. E-mail: adcampolimpo@gmail.com

² Médica. Pós-graduada em Saúde Pública.

³ Graduada em Enfermagem.

⁴ Graduado em Medicina e Coordenador do Serviço de Internação Domiciliar do HMCL e Equipe. E-mail: joelrmello@yahoo.com.br

⁵ Graduando em Comunicação Social – Jornalismo.

⁶ Médica. Especialista em Medicina da Família.

⁷ Médico. Especialista em Medicina da Família.

INTRODUÇÃO

A Assistência Domiciliar tem assumido papel significativo no panorama da Saúde nacional. Na região do Campo Limpo (município de São Paulo) a integralidade da atenção, contemplando as várias necessidades de um indivíduo e de sua família, é tomada como meta pelas equipes e fortalecida por uma estratégia de ação: a integração dos diversos serviços que compõem a rede de atendimento ao paciente assistido em domicílio.¹

Ao pensar o modelo de assistência na região, um grupo de profissionais buscou articular seus anseios por desenvolver um trabalho integral com a grande demanda por atendimento criando uma rede, integrando os serviços que prestam cuidados domiciliares. Para tanto, foi estimulada a integração das diversas instâncias do sistema de saúde da região que, de alguma forma, estavam envolvidas com a assistência domiciliar. Deste modo, foi estruturado pelo Serviço de Assistência Domiciliar da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo (SAD-CL), um trabalho articulando equipes especializadas no cuidado domiciliar, a saber: o Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Municipal do Campo Limpo (SID-HMCL) e o próprio SAD-CL, com as Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).²

Entre as vantagens de se estruturar uma rede de Atenção domiciliar destacamos a diminuição da permanência no ambiente hospitalar, o estreitamento do contato entre paciente e família e a otimização da assistência.²

Diante disso, esse trabalho tem como objetivo descrever como vem sendo estruturada a Rede de Atenção Domiciliar nesta região e quais os critérios para a integração dos serviços e as metas no atendimento aos usuários, buscando a integralidade no atendimento aos mesmos. A Integralidade do cuidado é entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.³

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência.

Caracterização da região e dos Serviços de Atenção Domiciliar

A região do Campo Limpo é composta por três Distritos Administrativos: Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo. A população estimada pela SEADE para 2007 é de 559.293 habitantes, sendo 59,2% a população exclusivamente SUS. Esta

é uma região periférica que faz divisa com os Municípios de Embu, Taboão da Serra e Itapeverica da Serra, e de alta densidade demográfica, principalmente em suas muitas favelas, embora tenha a presença de “áreas nobres” na região de várzea próxima ao Rio Pinheiros e aos Distritos Administrativos do Morumbi e Vila Sônia, da região do Butantã. Na rede existente na Subprefeitura do Campo Limpo existem diversos serviços prestando Cuidados Domiciliares, entre os quais destacamos, na rede formal: SAD-CL; SID-HMCL; Equipes do PACS (35 equipes) e Equipes do PSF (92).*

Complementando esta rede de serviços formais, existem redes de cuidados domiciliares informais no interior das comunidades, serviços organizados e prestados por líderes comunitários, vizinhos, igrejas, comércios ou prestadores de serviços solidários, podendo ser de cunho terapêutico alopático ou alternativo, embora na maior parte dos casos tenha cunho social.

Considerando que cada serviço constitui um espaço de permanência temporária do paciente, que pode transitar no interior da malha de cuidados, é fundamental que se definam com clareza as competências de cada serviço em relação à especificidade extensão das ações domiciliares e dos critérios de permanência e transferência para com os demais serviços. Isto determina a necessidade de integração da rede de atenção domiciliar como substrato fundamental na busca da integralidade das ações.

Um estudo epidemiológico realizado na região Leste do Município de São Paulo em 2002 identificou que 0,5% da população está acometida com alguma forma de perda funcional e dependência, sendo que 24% destas pessoas pertencem ao grau V da Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha, perfazendo 0,17% do total da população.

⁴ Na região do Campo Limpo estima-se, a partir das estatísticas do estudo citado, que este universo corresponda a uma população de 2500 pessoas com alguma forma de perda funcional e 850 pessoas com alto grau de dependência. A partir destes números, da avaliação dos recursos disponíveis no SAD-CL e dos princípios orientadores disponíveis nos órgãos gestores (Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), foi elaborada uma proposta do teor e do dimensionamento dos serviços a serem prestados pelo SAD-CL, levando à definição de critérios de elegibilidade, de planos mínimos de acompanhamento integrado e da formatação de um Instrumento de Avaliação Inicial que abarca os critérios em questão e a relação do paciente com outros serviços. ⁵

* Distribuídas nas 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região.

Inserção do SAD-CL na rede: uma nova concepção de Sistema de Saúde

É reconhecido que a concepção do Sistema de Saúde como um sistema piramidal, com seus diversos níveis de complexidade, está ultrapassada, principalmente se considerarmos que o usuário utiliza diversas portas de entrada para acessar o serviço que ele entende como mais adequado. É igualmente reconhecido que o Sistema de Saúde, por vezes, coloca significativas restrições ao acesso como entraves burocráticos e normas que, geralmente, traduzem a necessidade de organização do sistema e que não contemplam as necessidades do usuário. Diante disso, propomos uma nova apresentação, o Rizoma, a partir da noção de rede/network, ou ainda de uma rede de vasos comunicantes, com várias portas de entrada para o usuário, e que ilustra com mais propriedade o movimento real da população em busca de atendimento à saúde. ⁶

Tendo consciência da necessidade de pactuação e padronização do atendimento em um processo dinâmico que se modifica conforme o Sistema de Saúde e os usuários, necessitando de reavaliação contínua, as Equipes do SAD-CL e do SID-HMCL decidiram enfrentar este desafio desenvolvendo estratégias que propiciem esta integração e amenizem a clássica fragmentação que caracteriza o atual sistema de saúde, conforme vemos abaixo:

- *Serviço de Assistência Domiciliar do Campo Limpo*

O SAD-CL conta com a atuação de uma Enfermeira (Coordenadora do Serviço), duas Médicas, três Auxiliares de Enfermagem e dois Escriturários/Administrativos. Como Unidade catalisadora da integralidade do cuidado e integração das ações promove encontros com os Serviços de apoio da região, como o SID-HMCL, CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativa, da região do Campo Limpo), os Serviços de reabilitação que atuam na região e com Serviços externos, como o ATENDE, Serviços de educação e serviço social. Promove ainda reuniões com Gerentes e Enfermeiros das UBSs para conhecer as necessidades e pactuar o teor e fluxo das respectivas ações, participa de encontros com outros SADs do Município, a Coordenação Regional de Saúde e seus diferentes setores para alinhamento de conceitos e compartilhamento de informações, além de promover encontros de cuidadores. O SAD criou ainda um fluxo de integração de atividades e informações com os Equipamentos de Saúde da região, dentro do qual é marcada ao menos uma visita conjunta da Enfermeira do PACS com Médico do SAD e, idealmente, uma visita conjunta dos Agentes Comunitários de Saúde com o médico do SAD. É realizado ainda um fluxo de dados através do envio de relatórios das visitas e

contato entre a unidade e o SAD, permitindo um atendimento integral ao usuário. As portas de entrada para este serviço são o SID-HMCL e as Equipes de PACS/PSF.

- *Serviço de Internação Domiciliar do Campo Limpo*

O SID-HMCL é constituído por uma Equipe multiprofissional que compreende: dois Médico assistenciais, duas Enfermeiras, duas Auxiliares de Enfermagem, uma Nutricionista, uma Assistente Social, um Assistente técnico-administrativo, um Motorista e um Coordenador Médico. A proposta do Serviço é a de intermediar as altas hospitalares, fazendo uma ponte entre a internação do hospital e a assistência na rede básica. Prioriza a atenção aos usuários crônicos, aos com múltiplas internações pelo mesmo motivo, aos terminais e àqueles que, embora estáveis no hospital, não podem receber alta sem apoio de Serviços de Atendimento Domiciliar.

É desafio para este serviço realizar um trabalho em conjunto com os familiares e a rede básica fazendo uma integração que prevê referência e contra-referência. Esse trabalho hoje é sistematizado e oficializado em relatórios entre as diferentes unidades assistenciais, formalizando objetiva e claramente as pretensões e dimensões das necessidades de cada caso.

- *Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS*

Os Serviços são prestados por um (a) Enfermeiro (a) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro de um território específico para uma população de 3500 a 4000 usuários, o que corresponde, em média, a 20 usuários com algum grau de incapacidade funcional e 7 usuários com alto grau de incapacidade funcional. Conforme os fluxos estabelecidos e pactuados, as visitas dos ACS são mensais e a visita de enfermagem do PACS pode bimestral, mensal ou quinzenal, de acordo com o grau de dependência e de complexidade assistencial, normas estas que podem variar conforme a situação específica do usuário e da rede de apoio. O usuário oriundo do PACS poderá ainda ter um apoio suplementar e integrado do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) em visitas de enfermagem e/ou médica, especialmente quando a avaliação do seu grau de incapacidade for igual ou superior a 3 na Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

- *Equipes do Programa de Saúde da Família*

As Equipes prestam serviços domiciliares médicos e de enfermagem aos usuários que têm perdas funcionais e grau de dependência, além de visitas de vigilância pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em um território específico para uma população de 3500 a 4000 habitantes. Conforme os fluxos estabelecidos e pactuados, as visitas dos ACSs ocorrem um vez por mês. Por dispor de mais recursos que o PACS, a relação entre as equipes de PSF e o SAD considera critérios de elegibilidade que incluem o grau de incapacidade funcional e o grau de complexidade assistencial, avaliado a partir de escala validada pela ABEMID. Havendo necessidade, é realizado o atendimento integrado; havendo ou não tal atendimento é prestada assessoria técnica às equipes, compreendendo apoio técnico e logístico.

Neste contexto o desafio é garantir que o usuário caminhe com segurança dentro do Sistema e em seus diferentes níveis, independentemente da porta utilizada para acesso. Para isto o Sistema precisa ter fluxos bem definidos, comunicação fluida e clara em tempo real entre os diversos pontos de atenção e uma rede efetivamente integrada, que redirecione o usuário para o local que melhor atenda suas necessidades. Somente assim, trabalhando em rede e de forma integrada, é possível atingir a integralidade das ações.

Dentre as diversas estratégias adotadas a partir do SAD-CL destacamos:

- Realização de reuniões sistemáticas entre equipes da SAD-CL e SID-HMCL, no sentido de alinhar conceitos, definir competências, estabelecer trocas e construir fluxos que permitam atendimento integral aos pacientes;
- Discussão com os outros serviços, como Serviços de Reabilitação e Centros de Referência;
- Realização de reuniões sistemáticas com Enfermeiras das UBSs (PSF e PACS) para esclarecer dúvidas técnicas e fluxos, além de implementação de assessoria para as equipes das UBSs, incluindo treinamentos, capacitações e “reciclagens”;
- Realização de encontros e grupos quinzenais com os cuidadores dos pacientes, mantendo um canal aberto de discussão, esclarecimento, orientações e desenvolvimento do conceito de co-responsabilidade com as famílias;
- Identificação dos recursos sociais disponíveis nos diversos territórios para incrementar ações intersetoriais igualmente importantes no atendimento integral dos pacientes;

- Incentivo ao livre trânsito das informações disponíveis entre os diferentes parceiros, possibilitando uma melhor Gestão dos recursos frente às necessidades identificadas.

Avaliação do impacto

Não existem ainda meios para mensurar a eficácia da integralidade das ações promovida pelas instituições. No SAD-CL existem dados relativos a pedidos de atenção domiciliar, quantidade de avaliações iniciais e cumprimento de metas estabelecidas no plano mínimo de acompanhamento, porém estes dados necessitam de sistematização em termos de coleta e inserção em sistemas de informação.

Em relação à avaliação qualitativa existem relatórios espontâneos positivos oriundos de atores implicados na malha de serviços domiciliares. Em geral, nas Unidades com PACS a visita médica foi muito bem avaliada pelos Enfermeiros que acompanharam que acompanharam Médicos do SAD, ocasião em que puderam confirmar ou reajustar condutas, sentindo-se respaldados e mais seguros. É comum nestas equipes a manifestação de um sentimento de falta de referências para validar as impressões e condutas que tomam por não terem nas equipes outros profissionais além dos ACSs. Alguns dos Enfermeiros elogiaram ainda o sistema de informação elaborado através do plano de cuidados e relatório médico.

Em algumas Unidades, os Agentes Comunitários nunca tinham participado de visitas junto a Médicos ou mesmo Enfermeiros. A visita domiciliar junto ao profissional proporcionou um olhar mais amplo e holístico sobre o usuário (às vezes somente questionado ou abordado em relação ao cumprimento das tarefas esperadas do ACS). Como afirmado por alguns profissionais, certas informações e situações dos pacientes nunca haviam sido esclarecidas, apesar de anos de convivência.

Para alguns pacientes a visita do Médico foi a primeira em vários anos e muitos deles mostraram satisfação em relação à possibilidade de poder ser avaliado periodicamente por um médico. Em diversos domicílios foram avaliados casos sem diagnóstico médico definitivo até o momento. Quanto aos cuidadores, o apoio dado pelas Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem permitiu maior segurança nas atitudes tomadas, assim como a possibilidade de contato com a equipe para sanar dúvidas.

Em certas situações onde a relação do usuário com a Unidade era perturbada por solicitações externas (como, por exemplo, da Ouvidoria), a intervenção da Equipe do

SAD foi fundamental para reverter a impressão de insatisfação e restabelecer o vínculo de confiança entre o usuário e o Serviço de Assistência Básica.

Considerações Finais

O Serviço de Assistência Domiciliar do Campo Limpo foi criado com o intuito de complementar e otimizar os recursos em Atenção Domiciliar existentes na região. Por isso, sua criação tem sido um verdadeiro motor da integralidade no interior dos recursos disponíveis para sua implementação e operacionalização, e o serviço tem preponderado na articulação dos vários atores regionais implicados na prestação de Atenção Domiciliar.

Onde foram efetuadas visitas, as reações mais positivas em relação ao SAD vieram principalmente das Equipes de PACS, que não dispõem de Médico; e também dos cuidadores que participam dos Grupos de apoio.

As estratégias colocadas para integração, por sua vez, vêm surtindo efeito na materialização da integração dos serviços, porém nenhuma delas será suficiente nem bem sucedida se não houver um sentido de responsabilização, com a compreensão de que os pacientes pertencem ao SUS e que os encaminhamentos para um ou outro atendimento não eximem nenhum dos serviços quanto a sua responsabilidade pelo cuidado e acompanhamento dos pacientes.

Existe também a necessidade de definir indicadores de qualidade para integralidade em conjunto com os diversos atores, a fim de avaliar o impacto nos índices de saúde. Em relação às ações instituídas para promover a integralidade é necessário definir melhor quais são as ações específicas, educativas, assistenciais e administrativas que cada serviço da rede de Atenção Domiciliar deve desempenhar.

A oficialização dos Serviços de Assistência Domiciliar e a discussão com a população através dos Conselhos de Saúde são essenciais para consolidar as competências e fluxos pactuados, inclusive por persistirem desafios à consolidação da integralidade, a saber: formas de apoiar de maneira mais eficaz as Unidades de PSF; mecanismos de identificação de pacientes elegíveis para a rede nas regiões sem cobertura PACS ou PSF; formas de promoção da integralidade frente à escassez na atenção de média complexidade, em especial no tocante a exames, consultas, serviços de reabilitação, serviços de transporte adaptado e medicação específica ou de alto custo; formas de promover a integralidade apesar da inexistência de recursos humanos na equipe, tais como nutricionista, psicólogo, assistente social e outros profissionais.

É necessário considerar ainda que o envelhecimento da população, a incorporação de tecnologias e os altos custos atuais com Saúde exigem um esforço conjunto na resolução de uma equação que não pode ser resolvida por decretos, restrições ou mesmo contratos entre as partes. Antes disso passa por conhecimento de riscos; identificação de ações, parcerias e desenvolvimento de protocolos de medicina baseada em evidências capazes de orientar e certificar ações efetivas, eficazes e, principalmente, adequadas para promover uma melhor qualidade de vida.

Apesar dos desafios, os profissionais envolvidos neste processo percebem que o trabalho de integração já extrapola a teoria e se transforma em prática e que as trocas estabelecidas além de estreitar laços, harmonizam conhecimentos e práticas de saúde de maior qualidade.

REFERÊNCIAS

1. SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Cuidados Domiciliares de Saúde: Guia de apoio. São Paulo: SMS, 2004.
2. CECÍLIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. in: Os sentidos da integralidade na atenção no cuidado à saúde. PINHEIROS R, MATTOS RA. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.113-126.
3. BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990. Cp. II Art. 7, parágrafo II.
4. DUHAYER F, et al. Caracterização das pessoas com perdas funcionais e dependência na área de abrangência do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. São Paulo: SMS, 2002. (documento interno).
5. MELO C. Construindo indicadores para a avaliação em assistência domiciliar: pontos para discussão e utilização. São Paulo: SIBRAD, 2001.
6. REHEM TCMSB, TRAD LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva, vol. 10 supl, p.231-242, set./dez. 2005.