

Descrição do serviço de atenção domiciliar de Pelotas: perfil epidemiológico e mapa de indicadores

Description of the home care service in Pelotas: epidemiological profile and map of indicators

Descripción del servicio de atención domiciliar en Pelotas: perfil epidemiológico y mapa de indicadores

Rodrigues, Renato Lins;¹ Ferreira, Paulo Emilio Botura;² Maas, Tiago;³ Dias, Mariana Borges;⁴ Arrieira, Isabel Cristina de Oliveira;⁵ Viegas, Aline da Costa⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes internados e analisar indicadores do Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas, no sul do Brasil. **Método:** pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando dados coletados em planilhas de monitoramento do serviço. **Resultados:** o perfil corresponde aos idosos, predominantemente mulheres, procedentes de hospitais, com neoplasia como condição de base mais frequente e necessidade de cuidado paliativo. Observou-se aumento gradual nos encaminhamentos de pacientes para o serviço, capacidade de trabalho adequada, levando-se em consideração suas especificidades; baixa taxa de avaliação mensal para a demanda; taxas de admissão e alta melhoradas satisfatórias, além de taxa de óbito no domicílio baixa. **Conclusão:** é indispensável a caracterização desses perfis e indicadores de forma sistemática para identificação de potencialidades e fragilidades e posterior organização dos processos de trabalho com vistas ao planejamento de futuras ações.

Descritores: Serviços de assistência domiciliar; Epidemiologia; Indicadores básicos de saúde; Cuidados paliativos; Idoso

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological and clinical profile of hospitalized patients and analyze indicators. **Method:** descriptive research with a quantitative approach, carried out by collecting data from service monitoring spreadsheets. **Results:** it was found that the profile of admitted patients is elderly, predominantly women, coming from hospitals, with cancer as the most frequent underlying condition and palliative care as the reason for referral. Additionally, there was a gradual increase in patient referrals to the service, an adequate work capacity, taking into account their specificities; a low of monthly assessments relative to demand; satisfactory improvement in admission/discharge rates and low home mortality. **Conclusion:** it is essential to systematically characterize these profiles and indicators to identify strengths and weaknesses and subsequently organize work processes with a view to planning future actions.

Descriptors: Home care services; Epidemiology; Health status indicators; Palliative care; Aged

1 Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/EBSERH/UFPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: renato.lins@ebserh.gov.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8831-5338>

2 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: pauloferreira@unipampa.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1196-4668>

3 Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: tiago.maas@ebserh.gov.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7439-8814>

4 Ministério da Saúde (MS). Brasília (DF). Brasil (BR). E-mail: mariana.borges@saude.gov.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1009-6416>

5 Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: isabel.arrieira@ucpel.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4607-9255>

6 Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/EBSERH/UFPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). alinecviegas@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6134-0496>

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados y analizar indicadores. **Método:** investigación descriptiva, con enfoque cuantitativo, realizada a partir de la recolección de datos de planillas de seguimiento del servicio. **Resultados:** ha sido encontrado que el perfil de los pacientes ingresados es de adultos mayores, predominantemente mujeres, provenientes de hospitales, con el cáncer como condición de base más frecuente y necesidades de los cuidados paliativos. Adicionalmente, hubo un aumento paulatino en la derivación de pacientes al servicio, una adecuada capacidad de trabajo, teniendo en cuenta sus especificidades; evaluaciones mensuales infrecuentes para demanda; tasas mejoradas satisfactorias de admisión y alta más una baja de tasa de mortalidad domiciliar. **Conclusiones:** es fundamental caracterizar sistemáticamente estos perfiles e indicadores para identificar fortalezas y debilidades y posteriormente organizar los procesos de trabajo de cara a la planificación de acciones futuras.

Descriptores: Servicios de atención de salud a domicilio; Epidemiología; Indicadores de salud; Cuidados paliativos; Anciano

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define assistência domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, funcionalidade e saúde de pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. No Brasil, a Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição prestadas em domicílio, sendo redefinida sua portaria em 02 de janeiro de 2024, sob número 3.005.¹

Apesar dos avanços conquistados com o Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao acesso às ações e serviços de saúde e ampliação da Atenção Básica (AB) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico e neste contexto, é fragmentado, biologicista e mecanicista.² Como consequência deste modelo, é constatada uma ineficácia com crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias e incapacidade de enfrentamento aos problemas de saúde atuais, tais como doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, violências, entre outras. Nesse ínterim, a atenção domiciliar surge com a proposta de apoiar na desospitalização e na redução dos custos. Ainda, tem a perspectiva de um

cuidado centrado no paciente e na humanização da atenção.³

As modificações que ocorrem no perfil populacional, como a queda na taxa de natalidade e o aumento na expectativa de vida e consequentemente de idosos, faz com que haja a necessidade de mudanças também nas políticas públicas, o que se configura em um desafio global.⁴⁻⁵ Pois, com o aumento da idade evidencia-se também a multimorbidade, e consequentemente, o aumento das necessidades de cuidado em saúde.⁶

Nesse contexto, a possibilidade do cuidado domiciliar torna-se um aliado, em que pode ser evidenciada a provisão de cuidados terapêuticos, de reabilitação e de cuidados paliativos, cujo cenário pode promover vantagens como conforto, ambiente protegido na maioria das situações, vivência próxima da família e de amigos, independentemente do grupo etário atendido.⁷

Ainda, é importante destacar o domicílio como um ambiente de cuidado, em que necessidades em saúde são atendidas e as dificuldades de acesso a outros pontos da rede podem acabar sendo minimizadas. Também pode favorecer ao atendimento em outros pontos da rede para garantir o cuidado contínuo, estabelecer diagnósticos, tratamentos transporte e recursos a partir do sistema de referência/contrarreferência.⁸

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) possui dinâmica própria de funcionamento, com construção de

relações com os demais pontos da rede de atenção à saúde. Por ser uma modalidade complementar por vezes e substitutiva por outras, faz jus à necessidade de comunicar-se com a rede hospitalar, rede de atenção primária e rede de emergência.¹

Toda política de saúde ao ser implementada necessita de monitoramento do seu desempenho, de modo a verificar o alcance dos objetivos e metas. Pelotas teve um caráter pioneiro no Brasil, possuindo um SAD estruturado desde 2005. No entanto, passou por diversos momentos sem que houvesse avaliação sistemática do serviço. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes e de indicadores específicos do serviço, identificando possíveis potencialidades e fragilidades que permitam a reflexão e posterior organização dos processos com vistas ao planejamento de futuras ações e, dessa forma, melhorar o cuidado ofertado à população.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no SAD do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL) para a identificação do perfil epidemiológico e clínico dos pacientes encaminhados e internados no referido serviço, no período de janeiro a dezembro de 2021, assim como, a identificação e análise de indicadores do serviço. No que se refere ao perfil epidemiológico, as variáveis utilizadas foram: sexo, faixa etária, procedência do encaminhamento, condições de base e o motivo do encaminhamento, os quais foram coletados a partir do formulário de solicitação de avaliação, enviados pelos serviços de origem do paciente.

A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), com o intuito de auxiliar os gestores dos SADs na análise, planejamento e qualificação da AD, elencou um conjunto de indicadores capazes de caracterizar o programa, tendo como base também o disposto na Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 11, de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam AD.⁹ Foram

elencados seis principais indicadores, divididos em: capacidade (total de formulários de solicitação de avaliação recebidos mensalmente e capacidade de atendimento mensal), o qual reflete a capacidade de atendimento diário das equipes; entrada (total de avaliações mensais e taxa mensal de admissões), indicando a capacidade de avaliações e admissões das equipes; saída (taxa mensal de altas melhoradas e taxa mensal de mortalidade no domicílio), descrevendo a capacidade de alta das equipes.

O estudo foi autorizado pela gerência de ensino e pesquisa do HE/UFPEL, submetido à apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, tendo parecer favorável sob número 5.176.204. Posteriormente a aprovação, deu-se início a coleta de dados, utilizando as informações obtidas pelas planilhas de monitoramento já implementadas no serviço (planilha de gestão dos encaminhamentos e planilha de produtividade das equipes), localizadas no drive institucional do serviço, acessadas pelo computador institucional.

Os dados foram coletados por um dos pesquisadores e passaram por pseudonimização, etapa em que os dados perdem a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo, senão pelo uso de informação adicional mantida separadamente pelo pesquisador em ambiente controlado e seguro. Fica assegurada a privacidade dos dados e a confidencialidade, uma vez que os dados pessoais oriundos da participação na pesquisa foram utilizados apenas para os fins propostos. Em virtude da pseudonimização, considerou-se não ser necessário o uso do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi utilizada a análise descritiva dos indicadores em forma de frequência relativa e o software utilizado foi o *Microsoft Excel*.

Destaca-se que esse artigo é proveniente do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde, disponível na íntegra no repositório da Universidade Federal do Pampa: <<https://repositorio.unipampa.edu.br/js-pui/handle/riu/9664>>

RESULTADOS

Após a coleta dos dados, identificou-se que 781 pacientes foram encaminhados ao SAD no ano de 2021, sendo avaliados 790, tendo uma média de 65,1 encaminhamentos mensais. Tal diferença entre pacientes encaminhados e avaliados

se deve ao fato de que alguns encaminhamentos de 2020 só foram avaliados em 2021 (n=46), assim como alguns de 2021 só foram avaliados em 2022 (n=37). As informações detalhadas de cada mês e sua evolução ao longo do ano podem ser observadas na Figura 1.

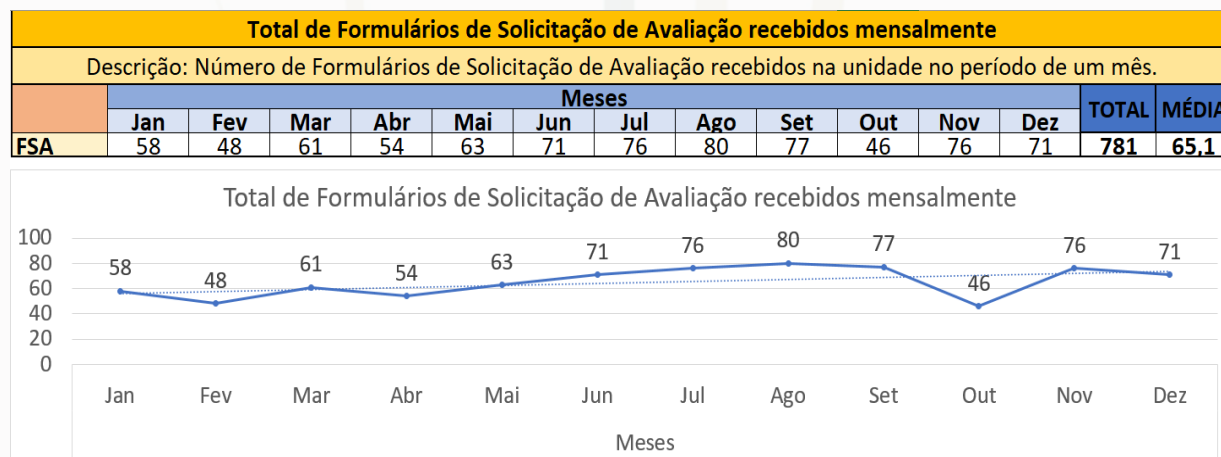


Figura 1: Total de formulários de solicitação de avaliação recebidos mensalmente. Fonte: SAD Pelotas, 2021.

Dos 790 pacientes avaliados, 475 foram admitidos no serviço, o que corresponde a uma taxa de admissão de 60,1% e 315 pacientes não foram admitidos, correspondendo a 39,9% de taxa de não-admissões. As não-admissões ocorreram devido à falta de critérios para internação, conforme critérios de elegibilidade definidos na portaria que rege o serviço.

As informações que serão descritas a seguir podem ser visualizadas na Tabela 1. Dentre os pacientes admitidos, a idade média ficou em 61,7 anos, sendo 56,8% do sexo feminino e 43,2 % do sexo masculino. A faixa etária com maior número de admitidos foi dos 45 a 59 anos, correspondendo a 41,3% dos admitidos. Mas, ao se considerar os idosos com mais de 60 anos (juntando as categorias 60-79 e 80+), o percentual é maior, representando 42,1% de todos os admitidos no serviço, ultrapassando a categoria de 45-59 anos.

Com relação à procedência dos pacientes admitidos, a maior parte foi proveniente de hospitais (34,7%), unidades básicas de saúde (23,8%) e centros de oncologia (17,5%). As condições de base mais frequentes foram as neoplasias (53,5%), lesões de pele (31,8%), hipertensão (25,7%) e diabetes mellitus (17,5%). Importante também ressaltar que

a maioria dos pacientes apresentou mais de uma condição de base.

Por fim, em relação aos motivos do encaminhamento, a maior parte dos pacientes admitidos no serviço foi para cuidados paliativos (43,8%), dificuldade no manejo de outros sintomas (42,1%), desospitalização/transição de cuidados (21,1%) e orientações sobre terminalidade (21,1%). Detalhes adicionais sobre o perfil epidemiológico dos pacientes também podem ser observados na Tabela 1.

Quanto ao indicador “capacidade mensal das equipes”, corresponde ao número de pessoas que foram acompanhadas pela equipe durante o mês, podendo ser visualizado na Tabela 2. Encontra-se somando o número de pessoas já acompanhadas no início do mês com as novas admissões do mesmo período. A quantidade total de pacientes acompanhados pelo serviço ao longo do ano de 2021 foi de 1709, com uma média mensal geral de 17,8 pacientes acompanhados por equipe.

O indicador “total de avaliações mensais das equipes” descreve o número de avaliações realizadas no período de um mês, por equipe assistencial. Ao todo, no ano de 2021, foram 678 avaliações realizadas pelas equipes assistenciais da

atenção domiciliar (Tabela 2). O valor difere do valor de 790 avaliações realizadas pelo serviço (Tabela 1) e o motivo dessa diferença é que uma parte considerável dos encaminhamentos (112), foram consideradas não-admissões pela equipe de triagem e classificação de risco do serviço. Tal equipe é responsável pelo contato com paciente/cuidador ou serviço de procedência do encaminhamento. Em determinadas situações os encaminhamentos não são repassados para

as equipes assistenciais para avaliação in loco por apresentarem critérios que impossibilitam a admissão ao programa, dentre eles, por ser fora da área de cobertura do serviço, solicitação de insumo ou serviço fora do escopo do programa, processos de desospitalização que não foram concluídos (equipe hospitalar solicitou, mas o paciente efetivamente não conseguiu ter alta hospitalar) e óbito na espera da avaliação.

Tabela 1. Perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021. Pelotas (RS), 2021

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	205	43,2
Feminino	270	56,8
Faixa etária		
0-17	24	5,0
18-29	7	1,5
30-44	48	10,1
45-59	196	41,3
60-79	109	22,9
80 e mais	91	19,2
Procedência		
Hospitais	165	34,7
Serviços de Urgência/emergência	7	1,5
Centro oncológico	83	17,5
Público	81	17,1
Privado	2	0,4
Unidades básicas de saúde	113	23,8
Ambulatórios	12	2,5
Consultório médico privado	14	2,9
Outros	81	17,1
Condição de base*		
Neoplasias	254	53,5
Sequela de AVC	76	16,0
Síndrome demencial	40	8,4
Paraplegia/tetraplegia	33	6,9
HAS	122	25,7
DM	83	17,5
Doença renal crônica	28	5,9
DPOC/Asma	38	8,0
Transtorno depressivo/ansioso	47	9,9
Lesões de pele	151	31,8
Outra	52	10,9
Motivo do encaminhamento*		
Cuidados paliativos	208	43,8
Orientação à família sobre terminalidade	100	21,1
Dificuldade de manejo da dor	30	6,3
Dificuldade de manejo de outros sintomas	200	42,1
Cuidados com lesões de pele	31	6,5
Desospitalização/ transição de cuidados	100	21,1
Antibioticoterapia	42	8,8
Outro	27	5,7

* Os percentuais totais somados da condição de base e motivo do encaminhamento ultrapassam 100%, uma vez que a maioria dos pacientes apresenta mais de uma doença base e mais de um motivo de encaminhamento.

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Tabela 2. Capacidade e avaliações mensais das equipes assistenciais do serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021. Pelotas (RS), 2021

Indicador	Meses	Equipes								N	Média
		Leste Manhã	Leste Tarde	Norte Manhã	Norte Tarde	Sul Manhã	Sul Tarde	PIDI 1	PIDI 2		
Capacidade mensal das equipes	Jan	19	17	18	25	14	18	14	12	137	17,1
	Fev	19	16	23	22	12	18	10	17	137	17,1
	Mar	20	17	26	22	18	17	13	17	150	18,8
	Abr	17	20	22	24	15	18	14	17	147	18,4
	Mai	19	18	23	26	13	15	12	13	139	17,4
	Jun	24	19	27	24	16	14	17	16	157	19,6
	Jul	21	16	26	26	16	15	14	13	147	18,4
	Ago	21	21	25	28	14	16	13	11	149	18,6
	Set	20	18	22	24	19	18	11	15	147	18,4
	Out	17	17	19	23	16	16	11	13	132	16,5
	Nov	20	17	25	20	10	16	12	13	133	16,6
	Dez	20	17	31	17	7	16	13	13	134	16,8
		236	213	287	281	170	197	154	170	1709	17,8
Total de avaliações mensais das equipes	Jan	4	5	10	12	5	12	6	4	50	7,3
	Fev	3	6	9	1	3	8	2	8	40	5,0
	Mar	8	4	9	9	12	9	7	8	67	8,3
	Abr	5	3	8	10	8	5	8	4	52	6,4
	Mai	5	7	7	5	5	4	11	3	46	5,9
	Jun	8	10	8	4	8	10	7	8	69	7,9
	Jul	7	4	8	7	9	8	7	7	55	7,1
	Ago	9	11	6	9	5	11	9	3	53	7,9
	Set	0	2	9	6	7	7	6	7	50	5,5
	Out	5	7	5	17	8	10	7	6	58	8,1
	Nov	9	5	7	11	8	6	6	7	53	7,4
	Dez	9	6	9	15	6	8	8	4	65	8,1
		72	70	95	106	84	98	84	69	678	7,1

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

O indicador “taxa mensal de admissões nas equipes” corresponde a soma de admissões e readmissões em um mês dividido pelo número total de pessoas acompanhadas, multiplicado por 100. A taxa mensal média de admissão das equipes ficou em 27%. Os indicadores “taxa mensal de altas melhoradas” corresponde ao número de pessoas que receberam alta melhorada no período de um mês dividido pelo número de pessoas acompanhadas no mesmo período, multiplicado por 100. A taxa mensal média de alta melhorada do serviço ficou em 9%. A taxa mensal de óbitos no domicílio representa o número de pessoas que tiveram óbito no domicílio no período de um mês dividido pelo número de pessoas acompanhadas no mesmo período, multiplicado por 100. A taxa mensal média de óbitos no domicílio do serviço ficou em 7%, o que pode ser visualizado na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Ao longo de mais de 15 anos, o SAD Pelotas atendeu vários perfis de pacientes. No início, o serviço era destinado apenas a pacientes oriundos do Pronto-Socorro Municipal, com patologias variadas, através do Programa de Internação Domiciliar (PID) sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Posteriormente, em 2005, o serviço foi reformulado e sob responsabilidade do HE/UFPEL, foi implementado o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), destinando-se ao atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Por fim, em 2012, após a publicação da Portaria 2.527 de outubro de 2011, foi criado o Programa Melhor em Casa (PMeC) em Pelotas, passando a abranger novos perfis de cuidado, além do oncológico.¹⁰

Tabela 3. Taxas mensais de avaliações, altas melhoradas e óbitos no domicílio das equipes assistentes do serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021. Pelotas (RS), 2021

Indicador	Meses	Equipes								Média
		Leste Manhã	Leste Tarde	Norte Manhã	Norte Tarde	Sul Manhã	Sul Tarde	PIDI 1	PIDI 2	
Taxa mensal de admissões nas equipes	Jan	21%	18%	28%	16%	21%	28%	21%	33%	23%
	Fev	16%	31%	39%	5%	17%	22%	0%	41%	21%
	Mar	35%	24%	35%	23%	39%	41%	38%	53%	36%
	Abr	12%	10%	32%	25%	20%	22%	43%	35%	25%
	Mai	32%	22%	26%	19%	23%	20%	50%	23%	27%
	Jun	29%	16%	30%	21%	31%	29%	59%	50%	33%
	Jul	10%	13%	27%	23%	31%	33%	29%	46%	27%
	Ago	29%	38%	28%	18%	19%	31%	23%	27%	27%
	Set	10%	6%	41%	17%	32%	28%	36%	47%	27%
	Out	18%	24%	21%	17%	31%	44%	27%	38%	28%
	Nov	40%	18%	32%	20%	30%	25%	33%	31%	29%
	Dez	15%	24%	29%	29%	0%	31%	46%	31%	26%
	Média	22%	20%	31%	19%	25%	30%	34%	38%	27%
Taxa mensal de altas melhoradas nas equipes	Jan	5%	6%	6%	0%	21%	6%	0%	0%	6%
	Fev	16%	13%	4%	9%	8%	39%	0%	6%	12%
	Mar	5%	0%	31%	0%	11%	0%	15%	0%	8%
	Abr	18%	20%	9%	0%	13%	6%	0%	0%	8%
	Mai	5%	11%	4%	12%	0%	13%	0%	0%	6%
	Jun	17%	16%	15%	4%	13%	7%	0%	0%	9%
	Jul	5%	0%	12%	0%	19%	7%	0%	8%	6%
	Ago	10%	14%	24%	21%	7%	6%	8%	0%	11%
	Set	15%	6%	14%	0%	32%	6%	0%	0%	9%
	Out	24%	6%	0%	4%	31%	13%	0%	8%	11%
	Nov	5%	12%	8%	0%	20%	19%	0%	0%	8%
	Dez	20%	0%	28%	0%	14%	31%	8%	0%	13%
	Média	12%	9%	13%	4%	16%	13%	3%	2%	9%
Taxa mensal de óbitos no domicílio nas equipes	Jan	0%	18%	11%	8%	0%	6%	7%	17%	8%
	Fev	0%	0%	4%	9%	0%	0%	20%	18%	6%
	Mar	10%	0%	15%	5%	11%	6%	8%	35%	11%
	Abr	0%	5%	5%	0%	0%	0%	21%	6%	5%
	Mai	0%	0%	0%	8%	8%	7%	17%	8%	6%
	Jun	0%	5%	4%	0%	0%	7%	18%	25%	7%
	Jul	5%	6%	12%	4%	0%	0%	14%	15%	7%
	Ago	0%	0%	4%	4%	0%	6%	23%	27%	8%
	Set	10%	11%	5%	4%	0%	17%	0%	33%	10%
	Out	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	3%
	Nov	0%	0%	4%	10%	10%	6%	25%	8%	8%
	Dez	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
	Média	3%	6%	5%	4%	2%	5%	13%	18%	7%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Desde a sua criação, o PMeC vem passando por mudanças nos perfis e critérios de elegibilidade, sendo cada vez mais exigido o atendimento de pacientes com condições complexas, com o objetivo de evitar hospitalizações ou abreviar internações hospitalares.¹ E nesse sentido, o SAD Pelotas tem acompanhado essa mudança, todavia é incipiente o monitoramento sistemático de perfis e indicadores.

Ao se considerar apenas os pacientes idosos, os dados coletados mostram um predomínio desse grupo em detrimento dos demais admitidos pelo SAD Pelotas, seguindo as tendências de envelhecimento populacional ocorridas no Brasil e no mundo, com projeções que apontam que o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo em 2050.¹¹ De maneira geral, o SAD está destinado a todas as faixas etárias, mas a população idosa é a mais frequentemente atendida.

O percentual maior de idosos, encontrados na pesquisa, corrobora com outras que tratam do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na atenção domiciliar, um deles foi desenvolvido em um município no Paraná, no qual foi encontrado um percentual de 79% de idosos atendidos.¹² Enquanto outra pesquisa, em Minas Gerais, identificou que 67,9% das pessoas acompanhadas pelo serviço domiciliar eram idosos.¹³ Por fim, um estudo realizado em Maceió e outro em São José do Rio Preto apresentaram percentuais ainda maiores de idosos internados em seus serviços, com percentuais de 80% e 74,9%, respectivamente.¹⁴⁻¹⁵

Ao se analisar os percentuais encontrados em outros serviços do país, observa-se que, apesar da maior parte dos pacientes admitidos em Pelotas serem idosos, o percentual fica um pouco aquém dos resultados relatados em outros municípios. Acredita-se que, por se tratar de um serviço que tem vocação para os cuidados paliativos, no qual o principal objetivo é fazer o acompanhamento e tratamento de qualquer doença que ameace a vida desde o diagnóstico e não necessariamente apenas no final da vida, uma grande proporção de adultos na faixa etária de 45-59 anos é admitida no programa (41,26%).

Em decorrência da relevância do percentual de idosos no SAD de Pelotas e com o conhecimento do crescimento do número desse grupo populacional no mundo e no Brasil, torna-se cada vez mais necessário modelos de atenção à saúde que incorporem ações e serviços em prol da qualidade de vida, e centrado na pessoa e suas necessidades e nesse sentido a atenção domiciliar têm se mostrado uma alternativa assistencial com potencial para redução das complicações decorrentes de comorbidades, fortalecimento de vínculos, diminuição das internações e opção de uma morte digna para os idosos.¹⁶

Com relação à distribuição dos pacientes admitidos por sexo, identifica-se, no SAD Pelotas, um predomínio de pacientes do sexo feminino, corroborando com outros estudos. A literatura cita percentuais de 54,7,¹² 55%¹³ e 56,9%¹⁴ e para o sexo feminino. A distribuição mais

frequente para o sexo feminino parece estar relacionada a diferentes razões por sexo na população brasileira, em que se observa, para idades superiores a 25 anos, ocorre excedente feminino (mais mulheres do que homens) e a partir dos 60 anos, esse excedente passa a ser maior ainda, com proporção de 80 homens para cada 100 mulheres.¹⁴

Em relação à procedência do encaminhamento para o SAD Pelotas, a maior parte dos encaminhamentos é proveniente de hospitais, seguido por Unidades Básicas de Saúde. Os estudos realizados nessa mesma temática apontam para um percentual de 42% para pacientes provenientes de hospitais e UPAs e 58% provenientes da atenção básica.¹² Sendo assim, ao se somar os dados de Pelotas com os encaminhamentos de hospitais, centros de oncologia e serviços de urgência e emergência, chega-se a um percentual de 53,68% representando a maioria dos pacientes encaminhados. Tal achado diverge do referido estudo, no qual foi identificado que a maioria dos pacientes era proveniente da atenção básica.¹²

Desde 2018, com o intuito de monitorar os serviços de atenção domiciliar, o Ministério da Saúde elencou parâmetros para a avaliação dos indicadores procedência dos encaminhamentos e percentual de alta clínica. No que diz respeito a procedência, estabeleceu-se um percentual maior ou igual a 40% de procedência de hospitais/serviços de urgência e emergência para municípios com 500 mil habitantes ou mais, e um percentual de 30% para municípios com menos de 500 mil habitantes.¹⁷ Neste sentido, com base nos resultados identificados nesta pesquisa, ao se reunir os percentuais de procedência de hospitais e serviços de urgência/emergência, chega-se ao valor de 36,2%. Como Pelotas possui pouco mais de 340 mil habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,¹⁸ este indicador de procedência está com valores considerados satisfatórios para nota técnica em questão.

Ao se analisar as condições de base, a maioria dos pacientes admitidos no SAD Pelotas tinha neoplasias, seguido de lesões

de pele e hipertensão arterial sistêmica. Tais resultados corroboraram com um estudo do centro-oeste do Paraná, no qual as neoplasias foram a condição de base mais frequente (39%).¹² No entanto, divergem de outros estudos que indicaram as doenças neurológicas e vasculares como as doenças de base mais frequentes, apresentando percentuais de 42% e 61,1%, respectivamente.¹³⁻¹⁴ A divergência nos perfis de condições de base para indicação da AD parece estar associada, tanto a questões epidemiológicas regionais quanto características próprias do serviço.¹³

Importante ressaltar que a maior parte dos pacientes admitidos no SAD Pelotas apresentava mais de uma condição de base. Essa presença simultânea de comorbidades também foi encontrada em outros estudos.¹³⁻¹⁴ Acredita-se que, devido a um alto percentual de idosos, ocorra esse efeito de múltiplas comorbidades. E essas fazem com que os idosos fiquem mais dependentes, aumentando assim a demanda por cuidados, expondo-os para maior vulnerabilidade e incapacidade.¹⁹

Ainda no que diz respeito ao perfil dos pacientes admitidos, o principal motivo do encaminhamento foi para cuidados paliativos, seguido pela dificuldade de manejo de outros sintomas, desospitalização/transição de cuidados e orientação à família sobre final de vida. Tais resultados refletem a vocação do SAD Pelotas para aspectos relacionados aos cuidados paliativos, o qual é referência para a rede de atenção à saúde do município.

Ao se falar sobre a escolha dos principais indicadores de monitoramento das equipes assistenciais do SAD Pelotas, torna-se importante ressaltar que, para facilitar a compilação e acompanhamento destes, no ano de 2019 foi criada uma planilha virtual com vários dados do serviço e geração de indicadores. Ao longo dos anos, essa planilha foi sendo aprimorada e foram priorizados alguns indicadores de acompanhamento das equipes assistenciais. Tal medida foi implementada porque não estava sendo viável acompanhar uma grande quantidade de indicadores do serviço, uma vez que tal acompanhamento extensivo não estava se traduzindo em tomada de

decisões passíveis de serem executadas. Sendo assim, foram priorizados os indicadores descritos no estudo.

A principal utilização desses indicadores era estimular a resolutividade do serviço, reafirmando o caráter complementar e transitório, focando nos perfis de elegibilidade orientados e incentivados pelo Ministério da Saúde, com caráter complementar a atenção básica e serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Por ser considerado um serviço de referência na rede de saúde local, ao longo dos anos houve um aumento considerável dos encaminhamentos ao serviço, sendo, portanto, necessária a adequação dos perfis e a resolutividade das ações, com o matriciamento dos casos com toda a rede, em especial a atenção básica. Caso não fosse feito, aconteceria o represamento dos encaminhamentos, pela impossibilidade logística de atendimento dessa demanda. Para a escolha de indicadores essenciais, também se levou em consideração à vocação do serviço para determinadas ações de saúde, como, por exemplo, a escolha do indicador óbito no domicílio, considerado um indicador de qualidade quando se trata de cuidados paliativos e final de vida.

Em relação à capacidade mensal, o SAD Pelotas acompanhou em média 17 pacientes por equipe, o que possivelmente está relacionado com a expertise do serviço para o acompanhamento de pacientes em condições mais complexas, independentemente de ser PMeC ou PIDI, o que pode contribuir para uma taxa de acompanhamento com um quantitativo menor, com a ocorrência frequente de atendimentos sequenciais de um mesmo paciente durante uma semana típica.¹

Em relação a taxa de avaliação mensal, o serviço tem uma média de sete avaliações mensais por equipe. Em 2019, após análise da média histórica de encaminhamentos recebidos no serviço, que gerava em torno de 60 encaminhamentos mensais, e verificando a capacidade de cada equipe em realizar a logística de novas avaliações, foi realizada uma reunião com todos os profissionais do serviço e estabelecido metas de acompanhamento de produtividade obrigatória das equipes, chegando-se ao

valor mínimo de oito avaliações mensais por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) de cada turno e quatro avaliações mensais para os PIDIs, totalizando no mínimo 56 avaliações mensais, com o objetivo de dar resolutividade aos encaminhamentos. Ao analisar o resultado desse indicador em 2021, observou-se valores dentro do esperado para o que foi pactuado em 2019, mas, em virtude do aumento crescente dos encaminhamentos, torna-se, necessário fazer novas pactuações e metas de acompanhamento das equipes, evitando, assim, represamento de avaliações.

A taxa mensal de admissão ficou em 27%. Tal indicador demonstra o quanto o fluxo de pacientes atendidos é modificado, dado importante para o caráter transitório do serviço, atuando sobretudo em desospitalizações e de forma complementar a atenção básica, o que é, de fato, necessário para o não represamento dos encaminhamentos.

Importante ressaltar que, para que a rotatividade de pacientes aconteça, sem sobrecarregar as equipes, é necessário que os pacientes sejam acolhidos em suas demandas brevemente e que a equipe multiprofissional consiga ser resolutiva nas suas ações, conseguindo dar uma alta responsável e auxiliando no matriciamento da rede. Outro detalhe importante é a observação de taxas de admissão maiores para as equipes dos PIDIs, representando uma maior rotatividade de pacientes nas equipes. Acredita-se que isso ocorra pelo fato de serem admitidos pacientes mais graves, sendo sujeitos a intercorrências e eventuais internações hospitalares e óbitos.

Ao se analisar a taxa mensal de altas melhoradas, o SAD Pelotas ficou com uma média de 9%. O valor ficou abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde que coloca a meta em 10%.¹⁷ Tal resultado também deve ser observado com ressalvas, pois o valor de 9% engloba os dois programas (PMeC e PIDI) e como os PIDIs atuam prioritariamente com pacientes no final de vida, as taxas de alta melhorada são baixas, ficando em torno de 2,5%. Ao se considerar apenas as equipes do Melhor em Casa, este indicador fica em 11%, dentro do esperado pela nota técnica em questão.

Por fim, no que diz respeito ao indicador “taxa de óbito no domicílio”, como já mencionado anteriormente, este representa um indicador de qualidade para pacientes em cuidados paliativos. A taxa média geral de óbitos no domicílio do SAD ficou em 7%, sendo considerada baixa para o esperado no serviço. Rodrigues e colaboradores, em estudo sobre o perfil e indicadores de um serviço de atenção domiciliar específico de cuidados paliativos, obtiveram um resultado de 51,4% de óbitos no domicílio.²⁰ Já Reis e colaboradores encontraram apenas 4,87% em um serviço de atenção domiciliar de um município do sudeste brasileiro.¹⁵ Cabe fazer ressalvas em relação ao valor encontrado no presente estudo, que representa o total de todo o serviço envolvendo as equipes do PMeC e PIDI, porém ao se considerar apenas os PIDIs que são equipes exclusivas de cuidados paliativos, a taxa sobe para 15,5%.

Outro aspecto importante é que nem sempre a família consegue lidar com o final de vida no domicílio, mesmo com o suporte da equipe, diante disso os pacientes são levados para os serviços de emergência e hospitalizações para que o óbito ocorra em ambiente institucional. O fato de as equipes dos PIDIs fazerem visitas diárias facilita a geração de vínculo forte, o que pode trazer mais segurança para a família, sobretudo no final de vida, sendo, portanto, mais difícil para as equipes do PMeC, que tem uma demanda maior de pacientes, e consequentemente, menor de visitas semanais por paciente. Tal reflexão corrobora com outro estudo, que em revisão sistematizada, mostraram que a probabilidade de morrer em casa é tanto maior quanto a presença de equipe de atendimento domiciliar e intensidade das visitas recebidas. A escolha expressa do paciente também é um fator que favorece.²¹

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, foi possível verificar que o perfil dos pacientes admitidos no SAD Pelotas é de usuários idosos, predominantemente mulheres, procedentes de hospitais, com neoplasia como condição de base mais frequente e o cuidado paliativo como motivo do encaminhamento.

No que diz respeito aos indicadores monitorados, observou-se aumento gradual nos encaminhamentos de pacientes para o serviço de atenção domiciliar, o qual tem se mostrado efetivo para atender as demandas referenciadas pela rede de atenção à saúde, considerando suas especificidades.

A taxa de avaliação mensal é baixa para a demanda analisada no ano de 2021, sendo necessário fazer ajustes na logística, taxas de admissão e alta melhoradas, podendo ser estimulado processos de melhoria. A taxa de óbito no domicílio foi baixa, sobretudo para o Programa Melhor em Casa, sendo necessário cada vez mais capacitações das equipes e da rede para atenderem as pessoas em cuidados paliativos, em prol de uma melhor qualidade de vida e de morte.

Com a caracterização desses perfis e indicadores na identificação dos problemas reais e potenciais, o estudo traz contribuições para a realização de melhorias no SAD Pelotas que, ao final, se traduzirá em qualificação do atendimento aos pacientes e fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Em relação a potencial limitação para a realização da pesquisa, destaca-se que os dados foram compilados a partir de instrumentos que foram preenchidos por terceiros (equipes assistenciais) e nesse sentido, passível de falhas no processo de coleta de dados.

No que tange a contribuição desse estudo, entende-se que a descrição detalhada dos indicadores pode servir como referência para outros serviços de atenção domiciliar do país, estimulando a organização, o monitoramento e, consequentemente, refletindo em melhorias no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024: Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União. 19 jan 2024; Seção 1:56-59. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/12>

80865289/dou-secao-3-02-01-2024-pg-183/pdfView

2 Elío-Calvo D. La relación médico paciente. Revista Médica La Paz. 2021;27(2):92-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v27n2/1726-8958-rmcmlp-27-02-92.pdf>

3 Reis GFM, Soler ZASG, Jerico MC, Maloni AAS, Jericó PC, Jericó PPC. Patient profile and cost analysis of a public home care service. Ciênc. cuid. saúde. 2021;20:e58959. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58959>

4 Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. Brazilian Journal of Political Economy. 2021;41(1):23-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>

5 Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;396(10258):1285-306. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30677-2)

6 Keomma K, Bousquat A, César CLG. Prevalence of multimorbidity in older adults in São Paulo, Brazil: a study with ISA-Capital. Rev. saúde pública (Online).. 2022;56:69. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004252>

7 Nardino F, Olesiak LR, Quintana AM. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. Psicologia: ciência e profissão. 2021;41:e222519. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>

8 Rabelo JS, Nunes RZS, Zavadil SC, Tomasi CD, Ceretta LB, Tuon L. Atenção Domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela Atenção Primária à Saúde. Saúde Redes. 2021;7(3). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p187-200>

9 Ministério da Saúde (BR). Resolução 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 União. 30 janeiro 2006. Seção 1(suppl):1-2 Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/5984182/pg-1-suplemento-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-30-01-2006>

10 Fripp JC. Internação domiciliar e cuidados paliativos para pacientes oncológicos no município de Pelotas/RS [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2009. Disponível em: <https://www.epidemiio-ufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20fripp.pdf>

11 Silva AS, Fassarella BPA, Faria BS, Nabbout TGME, Nabbout HGME, Avila JC. Population aging: current reality and challenges. Global Academic Nursing Journal. 2021;2(suppl3):e188. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>

12 Castellani LJ, Magni C. Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná. Multitemas. 2021;26(64):159-74. DOI: <https://doi.org/10.20435/multi.v26i64.3223>

13 Silva DVA, Carmo JR, Cruz MÉA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. Enferm. foco (Brasília). 2019;10(3):112-8. DOI: [10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905)

14 Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2017;20(3):353- DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>

15 Reis GFM, Jericó MC, Maloni AAS, Bedin SC, Gasques PCA, Kawata SLM, et al. Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar. Enfermagem Brasil. 2021;20(2):191-205. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i2.4210>

16 Silva KL, Castro EAB, Braga PP, Lage EG, Souza RL. Cost and effectiveness of home care services modalities for the older

population: integrative literature review. REME rev. min. enferm. 2021;25(1374). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210022>

17 Ministério da Saúde (BR). Nota técnica Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS. Monitoramento dos serviços de atenção domiciliar. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2018/nota-tecnica-no-1-2018-dahu-divad-dahu-sas-ms/view>

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades: Pelotas (RS). 04 mai 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/pelotas.html>

19 Leal RC, Veras SMJ, Silva MAS, Gonçalves CFG, Silva CRDT, Sá AKL, et al. Percepção de saúde e comorbidades do idoso: perspectivas para o cuidado de enfermagem. Brazilian Journal of Development. 2020;6(7):53994-4004. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-881>

20 Rodrigues LF, Pacheco LS, Chubaci EF, Zabeu GV, Souza GL, Colombino ICF. et al. Perfil e indicadores da assistência de um serviço de atenção domiciliar em cuidados paliativos de um Hospital de Câncer. Revista de Saúde Pública do Paraná. 2020;3(1):05-17. DOI: [10.32811/25954482-2020v3n1p05](https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p05)

21 Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ. 2006;332(7540):515-21. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>

Recebido em: 29/09/2024
Aceito em: 04/06/2025
Publicado em: 14/07/2025