



## **A relação do Melhor em Casa com a rede de atenção às urgências: possibilidades para evitar internações hospitalares**

É muito comum que usuários sejam internados em hospitais quando seria possível receber cuidado em saúde no conforto do seu próprio domicílio, com segurança e resolutividade.

Muitas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por exemplo, possuem neste momento inúmeros leitos improvisados nas salas de observação e corredores com usuários que deram entrada e aguardam vagas nos hospitais, inclusive, com AIH (Autorização de Internação Hospitalar) emitidas. Quando avaliados com atenção, no entanto, percebe-se que muitos deles são elegíveis para a atenção domiciliar, isto é, poderiam estar sendo cuidados em seu domicílio por uma equipe do Melhor em Casa, não necessitando, necessariamente, de um leito hospitalar.

O Programa Melhor em Casa é constituído por equipe multiprofissional especializada em acompanhamento domiciliar de pessoas com necessidades de cuidados intermediários entre o hospital e a rede básica, ou mesmo de caráter substitutivo às internações de baixa/média complexidade. Por isso, desponta como uma potente “porta de saída” junto aos serviços de urgência/emergência, evitando internações hospitalares desnecessárias.

### ➤ **BENEFÍCIOS:**

- ✓ Humanização da atenção;
- ✓ Menor exposição à infecção hospitalar;
- ✓ Maior conforto para o usuário e sua família;
- ✓ Disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar;
- ✓ Aumento dos leitos de retaguarda da rede de atenção às urgências/emergências;
- ✓ Otimização de recursos.

### ➤ **SITUAÇÕES/CONDIÇÕES COMUNS NAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS QUE PODEM**

#### **TER O CUIDADO CONTINUADO NO DOMICÍLIO PELO SAD:**

- Condições que necessitam de antibioticoterapia venosa que pode ser realizada no domicílio (ex: doenças infecciosas).

**ATENÇÃO: O intervalo mínimo entre as doses deverá ser de 12/12h, pois não dispomos SAD noturno.**

- Condições agudas ou crônico-agudizadas sem sinais de instabilidade (ex: pneumonia, pielonefrite, DPOC/ICC e outras);
- Idosos em situação de fragilidade e em condição de agudização de alguma enfermidade de base (ex: polipatologia, polifarmácia, cuidado paliativo não-oncológico, com dependência funcional);
- Condições de Cuidados Paliativos oncológicos (ex: quadros oncológicos avançados, fora de possibilidade curativa, com indicação de cuidados intensificados visando conforto e alívio de sintomas, evitando procedimentos iatrogênicos na fase final de vida);
- Uso de anticoagulantes, com necessidade de ajuste de Tempo de Ativação da Protrombina com Relação Normalizada Internacional - TAP com RNI (ex: quadros tromboembólicos para transição de anticoagulação injetável para oral).

**PARA SABER MAIS: Acessar o Capítulo 5 do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1**

#### ➤ **COMO FAZER?**

- Incorporar a AD como “porta de saída” qualificada na cultura do serviço de urgência/emergência;
- Integrar com a Regulação, na construção conjunta de critérios para admissões, altas e transferências do cuidado;
- Realizar oficinas/reuniões com todos os Serviços de Urgência/Emergência com o objetivo de validar e pactuar os protocolos/fluxos:
  - Definir que situações devem resultar numa avaliação do SAD para possível inclusão no serviço (observar as situações descritas no item anterior);
  - Definir instrumento padronizado localmente, que avalie a elegibilidade do usuário para AD, além de possibilitar reflexão sobre os critérios e os fluxos pactuados.
  - Definir mecanismos de comunicação com o SAD (Fax, Telefone, email, etc.).

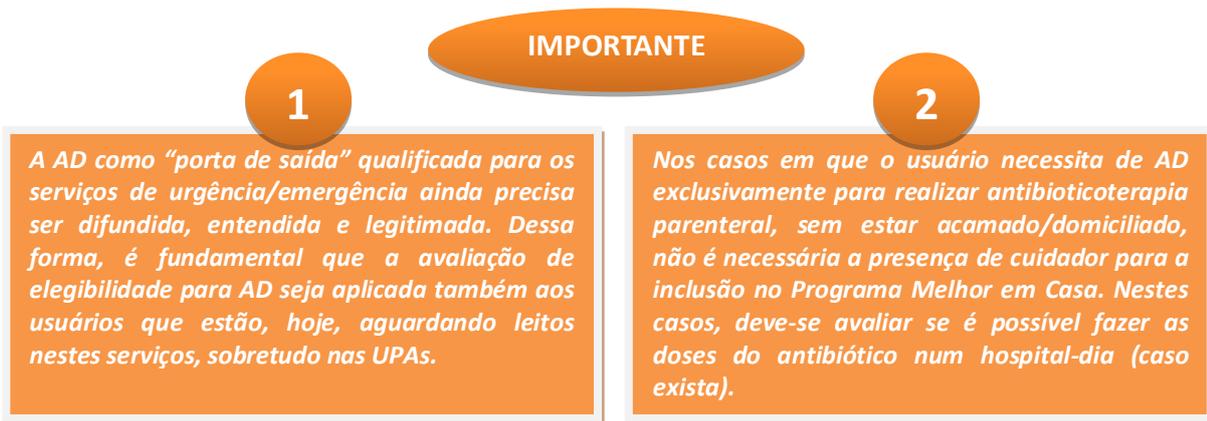
**Apesar da estratégia acima, o encontro presencial entre as equipes de AD e o serviço de urgência/emergência é fortemente recomendável!**

- As equipes podem realizar busca ativa, organizando seu processo de trabalho para realizar visitas, pactuadas com as gerências e equipes de saúde desses serviços, com o objetivo de reconhecer os pacientes que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio.
- Realizar preparação para alta da Unidade de Urgência e Emergência através de contatos familiares e interinstitucionais, acesso aos equipamentos, medicamentos e insumos necessário para o cuidado

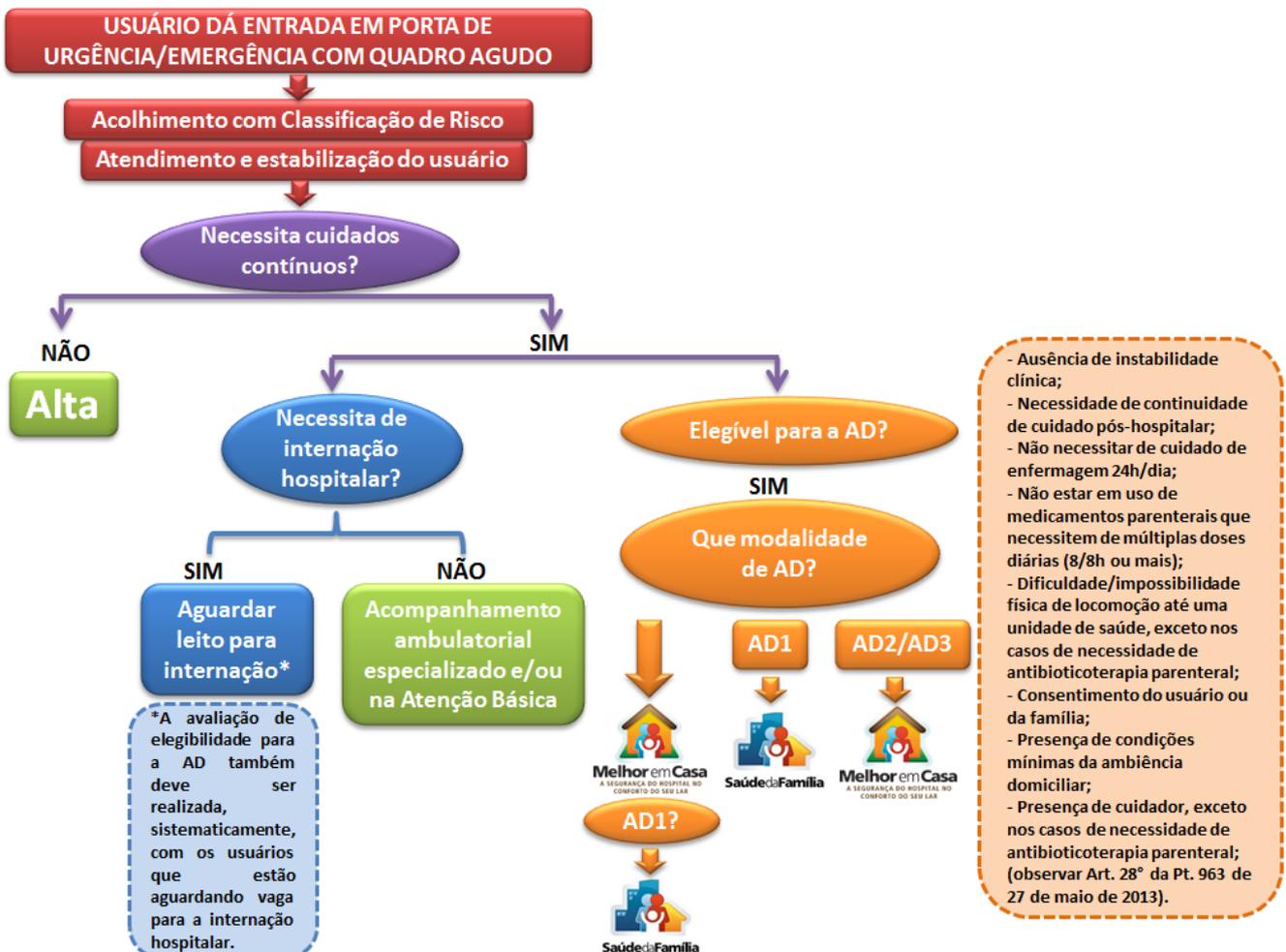
domiciliar. É imprescindível articulação com todos os pontos de atenção a saúde e outros setores e equipamentos sociais.

- Há a possibilidade da equipe de atenção domiciliar do Melhor em Casa estar sediada no serviço de urgência e emergência, o que poderá facilitar a articulação do SAD com este ponto da rede de atenção e contribuir no processo de desinstitucionalização.

**PARA SABER MAIS: Acessar o Capítulo 4 do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1**



**FIGURA 1: Fluxo de indicação da AD a partir dos Serviços de Urgência/Emergência**



➤ **QUEM JÁ FAZ:**

- ✓ **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte** – dados de 2012 mostram que 29,9% de todos os casos com AIH nas UPAs, aguardando vagas em enfermarias de Clínica médica, foram absorvidos pelo SAD;

Em alguns hospitais existem equipes responsáveis pela desospitalização (composta de enfermeiro, médico e assistente social), destinadas a realizar a discussão dos casos com perfil para desospitalização. E em hospitais do Programa S.O.S Emergência, algumas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – S.O.S (EMAD S.O.S) já estão trabalhando na lógica da alta responsável e da longitudinalidade do cuidado no domicílio, como acontece em Porto Velho/RO, o que evidencia a relação da atenção domiciliar com os serviços de urgência e emergência (pronto-atendimento, UPA e outros).