

TECNOLOGIA QUE ACOMPANHA: INOVAÇÕES NO CUIDADO DOMICILIAR PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

TECHNOLOGY THAT KEEPS UP: INNOVATIONS IN HOME CARE FOR PRIMARY CARE

TECNOLOGÍA QUE SE MANTIENE AL DÍA: INNOVACIONES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

✉ Silvana Lícia Nogueira Machado¹, ✉ Kilma Wanderley Lopes Gomes², ✉ Beatriz Hyppolito da Justa³, ✉ Lais Araújo Perazo Nunes de Carvalho⁴, ✉ Lise Anne Guimarães Moreira⁵

RESUMO

Descrever a implantação do telemonitoramento como ferramenta de qualificação da visita domiciliar (VD) em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE. Foi realizado levantamento de dados clínico-epidemiológicos de pacientes acompanhados em VD, com posterior análise dos dados discutida em equipe, definindo os pacientes elegíveis ao telemonitoramento. Identificou-se perfil em que a maioria dos pacientes são do sexo feminino, apresentam apenas limitação de mobilidade, não fazem uso de fraldas e não necessitam de acompanhamento com equipes especializadas, além de 74,5% do total estar acima de 70 anos. Após o levantamento, foi possível aplicar escala de risco e vulnerabilidade e implantar o telemonitoramento, tendo como resultados a realização de ajuste de dose de insulina, a identificação de sintomático respiratório e a melhoria na gestão da agenda. Foi possível suscitar questões importantes e relatar o uso simples e rápido da telemedicina a favor da qualidade e do planejamento da VD.

Descritores: *Saúde Pública; Assistência Domiciliar; Telemonitoramento.*

ABSTRACT

To describe the process of implementing telemonitoring as a tool to qualify home visits in a Primary Health Care Unit in Fortaleza, Ceará. A survey of clinical and epidemiological data was carried out on patients monitored during home visits, with subsequent analysis of the data discussed by the team, defining patients eligible for telemonitoring. A profile was identified in which the majority of patients are female and 74.5% of the total are over 70 years old. In addition, the majority only have limited mobility, do not use disposable diapers and do not require monitoring by specialized teams. After the survey, it was possible to apply a risk and vulnerability scale and implement telemonitoring, resulting in insulin dose adjustment, identification of respiratory symptoms and improvement in schedule management. It was possible to raise important questions and report the simple and quick use of telemedicine in favor of quality and planning of home care.

Keywords: *Public Health; Home Care; Telemonitoring.*

RESUMEN

Describir el proceso de implementación de la telemonitorización como herramienta de calificación de las visitas domiciliarias en una Unidad de Atención Primaria de Salud en Fortaleza-CE. Se realizó un levantamiento de datos clínico-epidemiológicos de los pacientes monitoreados durante las visitas domiciliarias, con posterior análisis de los datos discutidos por el equipo, definiendo los pacientes elegibles para la telemonitorización. Se identificó un perfil en el que la mayoría de pacientes son mujeres y el 74,5% del total tiene más de 70 años. Además, la mayoría de ellos tienen movilidad limitada, no utilizan pañales desechables y no requieren seguimiento por equipos especializados. Luego de la encuesta, fue posible aplicar una escala de riesgo y vulnerabilidad e implementar el telemonitoreo, dando como resultado ajustes de dosis de insulina, identificación de síntomas respiratorios y mejoras en la gestión de agenda. Fue posible plantear cuestiones importantes y reportar el uso simple y rápido de la telemedicina en favor de la calidad y planificación de la atención domiciliar.

Descriptores: *Salud psicológica; Atención Domiciliar de Salud; Telemonitorización.*

1 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

2 Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza/CE - Brasil. 

3 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

4 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

5 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Domiciliar (AD) pode ser definida como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e constituída por estratégias voltadas a tratamento de doenças, reabilitação e palição executadas em domicílio, com garantias de continuidade de cuidado. Os serviços responsáveis por realizar a AD são as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) de cada Município¹.

A importância da AD no Brasil está relacionada à compreensão dos princípios de Equidade e Universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a consulta multiprofissional realizada no domicílio garante acesso à saúde para pacientes com limitação de mobilidade e prevê horários reservados nas agendas dos profissionais da APS para executá-la².

Atualmente, a visita domiciliar (VD) em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) pode ser requerida por três meios principais: solicitação dos familiares do paciente portador de limitação de mobilidade, identificação de casos específicos por meio dos membros da equipe ou através de outros serviços da RAS que solicitam a avaliação e o acompanhamento de determinado paciente².

Porém, ao se estabelecer a AD em uma UAPS ou SAD, é imprescindível que sejam seguidos critérios de elegibilidade para o paciente em questão e que sejam planejadas as visitas a fim de seguir um plano de cuidados, traçando metas e objetivos que deem sentido ao acompanhamento e melhorem ou mantenham a condição de saúde do paciente³.

Na prática, uma problemática que envolve a efetividade da AD na APS está relacionada a variações na disponibilidade de carros e insumos para realizar as visitas, com limitações também na gestão da agenda, que muitas vezes não possibilita a realização de uma quantidade de visitas compatível com a complexidade dos pacientes, prejudicando o seu seguimento^{2,4}.

Uma estratégia possível de ser executada para minimizar essa problemática é a implantação de teleatendimentos pelas equipes da APS a pacientes já acompanhados em AD a fim de monitorar diversos aspectos de sua condição clínica, como adesão medicamentosa, controle de sintomas e efeitos da terapêutica instituída em visita presencial anterior. Após a pandemia de COVID-19, obteve-se maior popularização da telemedicina e maior aceitação das potencialidades desse atendimento como ferramenta de seguimento de pacientes, sendo a sua aplicação na APS uma ótima oportunidade de manter a vigilância adequada a pacientes com limitações físicas, mentais ou sociais de acesso à UAPS. Além disso, mostra-se plausível por flexibilizar o horário da teleconsulta de acordo com a agenda do profissional de saúde em pactuação prévia com pacientes e cuidadores⁵.

As definições das modalidades de teleatendimento médico estão previstas na resolução nº 2.314/2022, publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que define a telemedicina no Brasil. O presente relato utilizará os termos teleconsulta e telemonitoramento conforme definidos na resolução.

O objetivo geral deste trabalho é descrever o processo de implantação do telemonitoramento como ferramenta de qualificação das visitas domiciliares feitas por

uma equipe de uma UAPS de Fortaleza-CE. Além disso, pretende-se promover o treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que integram a equipe sobre as indicações de VD.

MÉTODOS

A organização da VD requer adequada avaliação do histórico clínico dos pacientes para que seja respeitada a equidade, tendo em vista a limitada disponibilidade de recursos e de tempo para realizá-las. Num cenário em que as visitas são definidas a partir de informações trazidas por ACS sobre os pacientes da área, é possível que se estabeleça viés inadequado de prioridades, preterindo pacientes mais necessitados de avaliação⁴. Dessa forma, a equipe 645 da UAPS Alarico Leite, em Fortaleza-CE, programou suas visitas de março de 2022 a junho de 2024 de maneira organizada, com base em tabela elaborada para controle próprio, em que constam os dados considerados relevantes para avaliação, tais como nome completo do paciente, cuidador responsável, endereço, telefone de contato, ACS responsável pela área, data da última VD, pontuação e classificação na escala de risco e vulnerabilidade de Pinheiro *et al*, pontuação na escala de performance paliativa (PPS – palliative performance scale), uso ou não de fraldas, restrição total ou não ao leito, data dos últimos exames e se há possibilidade de realizar teleconsultas com aquela família ou não.

A equipe dispõe de 2 a 4 turnos de visita por mês, variando conforme necessidades de ajuste de agenda na UAPS, e cada turno tem duração de 4 horas, sendo possível realizar, no máximo, 5 visitas por turno, reservando 48 minutos por visita. Ao realizar o planejamento da agenda de visitas, a equipe – composta por médica preceptora, médicas residentes em Medicina de Família e Comunidade e enfermeira – realizava a revisão do prontuário eletrônico para avaliar pendências clínicas, medicações em uso e resultados de exames laboratoriais. No dia programado, a caixa de visitas também era organizada antecipadamente, para garantir que houvesse equipamentos básicos para aferição de sinais vitais.

O processo de implantação do telemonitoramento estabeleceu-se em três etapas. Em primeiro momento, foi realizado o levantamento dos dados com base na tabela construída pelos profissionais da equipe a fim de compreender o perfil sócio-demográfico dos pacientes em acompanhamento. Foi realizada também a revisão do prontuário eletrônico de todos os pacientes visitados a fim de avaliar a quantidade e a frequência das visitas, além dos dados clínicos inerentes a cada caso.

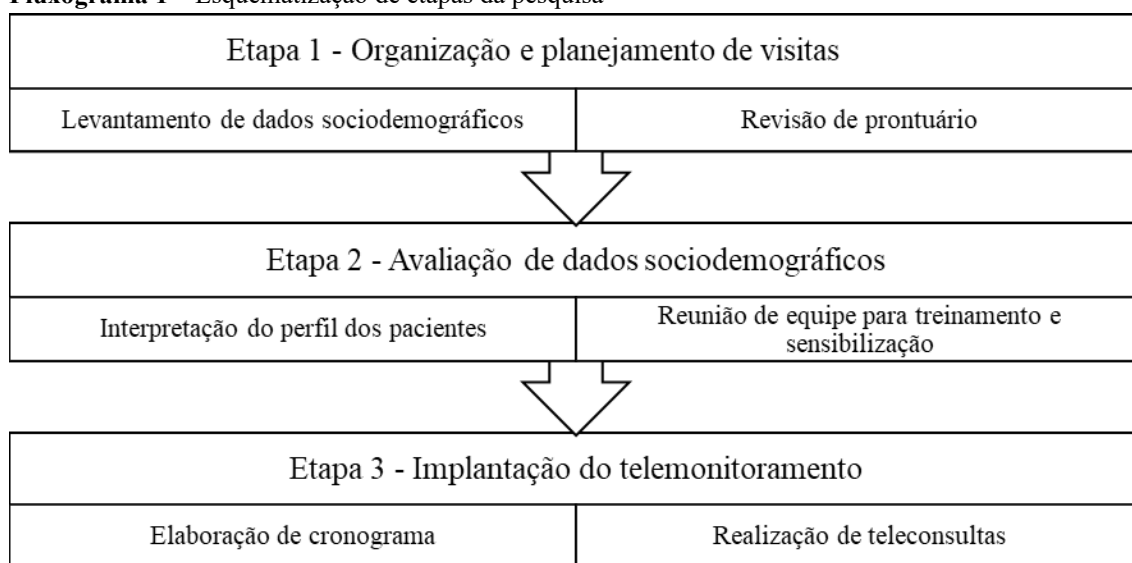
Em segundo momento, após compilação e avaliação dos dados, foi feita reunião com as ACS da equipe com o objetivo de revisar os critérios de indicação de VD e apresentar os dados, além de analisar, junto ao grupo, o cenário de seguimento dos pacientes. Foi possível também discutir sobre os instrumentos de estratificação de risco familiar e de avaliação de risco e vulnerabilidade já estabelecidos na literatura, que orientam a frequência em que o paciente deve ser reavaliado⁷. As ACS demonstraram compreender a necessidade de critérios claros para indicação de VD e a importância de manter o seguimento adequado dos pacientes.

Posteriormente, como etapa final, foram iniciadas as teleconsultas para fins de monitoramento, com registro em prontuário eletrônico e consentimento verbal do

paciente e/ou de seu responsável. Foi utilizado um telefone institucional da UAPS e os pacientes considerados aptos à realização do teleatendimento foram aqueles com acesso à videochamada por meio de aplicativo de celular que tenham aceitado receber a teleconsulta, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O grupo considerado prioritário para iniciar o telemonitoramento foi aquele classificado como “muito alto risco”, segundo Escala para Classificação de Risco e Vulnerabilidade Clínica para Pacientes em Visita Domiciliar na APS, de Pinheiro *et al*⁷. Foi confeccionado cronograma de realização de teleatendimentos e pactuado junto às ACS a orientação prévia aos pacientes e seus cuidadores para a execução, informando o dia em que seria realizada a ligação.

Fluxograma 1 – Esquematisação de etapas da pesquisa



RESULTADOS

Os dados referentes ao perfil clínico-sociodemográfico dos pacientes já acompanhados em VD foram analisados de maneira simples, por porcentagem, e evidenciaram que a maior parte dos pacientes são do sexo feminino e 74,5% do total está acima de 70 anos. Além disso, a maioria apresenta apenas limitação de mobilidade, não faz uso de fraldas descartáveis e não necessita de acompanhamento com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD). Acerca do perfil de risco e vulnerabilidade, conforme aplicação da Escala de Pinheiro *et al*⁷, 81,4% dos pacientes foram considerados de alto ou muito alto risco.

A avaliação dos dados junto às ACS que compõem a equipe foi realizada em reunião bastante enriquecedora acerca das reflexões que a atenção domiciliar proporciona, e compreendeu-se que as teleconsultas para fins de monitoramento seriam importantes para ajudar a tornar mais efetiva a VD. Dessa forma, foi pactuada a escolha dos primeiros pacientes a receberem a teleconsulta e elaborado cronograma em que as ACS deveriam orientar as famílias sobre a data e o turno previsto para ser realizada a videochamada.

Foram, então, realizadas as primeiras ligações e não foram detectadas falhas ou problemas de conexão, sendo possível realizar videochamadas de maneira clara e compreensível.

Os desdobramentos clínicos iniciais demonstraram a efetividade da estratégia: em um caso de diabetes mellitus de difícil controle, foi possível ajustar a dose de insulina a partir do mapa glicêmico apresentado durante a videochamada, com reavaliação três dias depois e alcance da meta glicêmica. Em outro caso, uma paciente idosa foi avaliada com suspeita de tuberculose, sendo priorizada para visita presencial. A reorganização da agenda assistencial também permitiu maior racionalização dos recursos, priorizando visitas presenciais para pacientes com maior risco de instabilidade clínica.

Os pacientes e cuidadores expressaram satisfação com a nova modalidade de cuidado, reconhecendo o vínculo estabelecido mesmo à distância.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo corroboram com a literatura sobre os desafios da atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no contexto do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de condições crônicas. O perfil clínico identificado é compatível com o tipo de paciente AD1, conforme classificação do Ministério da Saúde, o que justifica seu acompanhamento pela equipe da APS, desde que haja suporte organizacional adequado^{1,2}.

Acerca da avaliação da equipe, todos os membros que participaram do processo perceberam que o acompanhamento dos pacientes em AD estava inadequado, necessitando de aprimoramento quanto à indicação e à continuidade do cuidado, a fim de tornar a assistência mais efetiva.

O uso das tecnologias de comunicação mostrou-se tecnicamente viável, com boa aceitação por parte dos usuários e capacidade de gerar impactos clínicos mensuráveis, como controle glicêmico e detecção precoce de agravos. Além disso, a mobilização das ACS no processo reforça a importância da equipe multiprofissional e do engajamento territorial no sucesso das intervenções.

A limitação principal do estudo reside na ausência de avaliação sistemática da percepção dos usuários e de indicadores de desfecho clínico a médio prazo. Ainda assim, os resultados iniciais apontam para a relevância do telemonitoramento como estratégia complementar às visitas presenciais, especialmente em contextos de sobrecarga das equipes da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o presente estudo suscitou questões importantes relacionadas à organização das VD na APS, e contribuiu para relatar a possibilidade de implementação da telemedicina de maneira simples e rápida, auxiliando na resolução de problemáticas antigas relacionadas à AD na APS. Não foi possível, porém, expandir a avaliação clínico-sociodemográfica dos pacientes por não haver dados suficientes registrados em prontuário – fato que reitera a importância do registro adequado. Além disso, quanto à segurança dos dados do paciente e ao sigilo para realização de teleconsulta, foi utilizado

telefone institucional, cujo contato com o paciente ocorria somente durante videochamada não gravada e após seu consentimento verbal registrado em prontuário eletrônico, diminuindo os riscos relacionados à prática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 825/GM/MS de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília: MS; 2016 [acesso em 04 fev. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF, 2020. 98 p.:il [acesso em 04 fev. 2025] Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
3. Linassi J., Strassburger D., Sartori M., Zardin M.V., Righi L.B., Projeto Terapêutico Singular: vivenciando uma experiência de implementação. Rev. Contexto Saude. [Internet] 2011. Vol.11, n. 20. [acesso em 04 fev. 2025] Disponível: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>
4. Borges de Ávila AK, Fernandes da Costa MI, Costa Oliveira V, Almeida Rocha GK, da Silva Costa FE, Barbosa Viana A, Holanda R-E. A ENFERMAGEM E OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES DAS VISITAS DOMICILIARES. Cadernos ESP [Internet]. 27 de dezembro de 2023 [citado 5º de fevereiro de 2025];17(1):e1504. [acesso em 04 fev. 2025] Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/1504>
5. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Manual de teleconsulta na APS. Porto Alegre, jun. 2020. [acesso em 04 fev. 2025] Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/manual_teleconsultas.pdf
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2022 [citado em 04 fev. 2025]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf
7. Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Montenegro Junior RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 14 de maio de 2019 [citado 4º de fevereiro de 2025];14(41):1818. [acesso em 04 fev. 2025] Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1818>