


# SAD-HSM: Serviço de atenção domiciliar em um hospital psiquiátrico

*SAD-HSM: Home Care Service in a psychiatric hospital*

*SAD-HSM: Servicio de atención a domicilio en un hospital psiquiátrico*

Luciana Tavares Gondim<sup>1</sup> 

 10.59487/2965-1956-2-10354

Matias Carvalho Aguiar Melo<sup>1</sup> 

1. Hospital Mental Professor Frota Pinto – SESA

**Autora correspondente:** [lucianatavaresg@hotmail.com](mailto:lucianatavaresg@hotmail.com)

**Título Resumido:** Produção de práticas de saúde mental

**Submetido em:**  
20/03/2023

**Aprovado em:**  
10/08/2023

**Publicado em:**  
21/08/2023



**Conflitos de interesse:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o serviço de atenção domiciliar, assim como o perfil clínico e demográfico dos pacientes assistidos, em funcionamento há 10 anos no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMPPF) do Estado do Ceará. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, com base em indicadores alimentados no período de 2018 a 2022. **Resultado:** A equipe do SAD-HSM é composta por 5 membros, que realizam suas funções uma vez por semana. O serviço não dispõe de prontuário eletrônico, telefone e carro próprio, limitando sua atuação. O projeto terapêutico singular (PTS) foi elaborado para 100% dos pacientes. Foram atendidos 73 pacientes de 2013 a janeiro de 2023, dos quais 30 eram homens e 43 mulheres. A média das idades dos pacientes no momento da admissão no SAD foi de 47,3 anos. Foram identificados nove diagnósticos diferentes, sendo a mais prevalente esquizofrenia, com 38 pacientes (52%). O percentual de reinternação dos pacientes reduziu consideravelmente, de 42,3% em 2016 a 8,2% em 2022. **Conclusão:** O serviço de atenção domiciliar do HSMPPF vem conseguindo reduzir a taxa de reinternações dos seus pacientes e se mostrando como uma boa estratégia de saúde pública. Evidenciou-se a necessidade de novos investimentos, a ampliação da equipe e a implementação do serviço na grade da residência médica do hospital.

**Palavras-chave:** Atenção Domiciliar à Saúde. Saúde Mental. Assistência Domiciliar.

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize the home care service, as well as the clinical and demographic profile of the patients assisted, in operation for 10 years at the Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMPPF) in the State of Ceará. **Methodology:** This is descriptive research, with a quantitative approach, based on indicators fed from 2018 to 2022. **Result:** The SAD-HSM team is composed of 5 members, who perform their duties once a week. The service does not have an electronic medical record, telephone or own car, limiting its performance. The singular therapeutic project (PTS) was designed for 100% of the patients. 73 patients were seen from 2013 to January 2023, of which 30 were men and 43 were women. The mean age of the patients at the time of admission to the SAD was 47.3 years. Nine different diagnoses were identified, the most prevalent being schizophrenia, with 38 patients (52%). The percentage of readmissions of patients reduced considerably, from 42.3% in 2016 to 8.2% in 2022. **Conclusion:** The home care service of the HSMPPF has managed to reduce the rate of readmissions of its patients and is proving to be a good strategy of public health. The need for new investments, the expansion of the team and the implementation of the service in the grid of the hospital's medical residence became evident.

**Keywords:** Home Health Care. Mental health. Home Assistance.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar el servicio de atención domiciliar, así como el perfil clínico y demográfico de los pacientes atendidos, en funcionamiento desde hace 10 años en el Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMPPF) en el Estado de Ceará. **Metodología:** Se trata de una investigación descriptiva, con enfoque cuantitativo, a partir de indicadores alimentados desde 2018 hasta 2022. **Resultado:** El equipo del SAD-HSM está compuesto por 5 integrantes, que realizan sus funciones una vez por semana. El servicio no cuenta con historia clínica electrónica, teléfono ni automóvil propio, limitando su desempeño. El proyecto terapéutico singular (PTS) se diseñó para el 100% de los pacientes. Se atendieron 73 pacientes desde 2013 hasta enero de 2023, de los cuales 30 eran hombres y 43 mujeres. La edad media de los pacientes en el momento del ingreso en el SAD fue de 47,3 años. Se identificaron nueve diagnósticos diferentes, siendo el más prevalente la esquizofrenia, con 38 pacientes (52%). El porcentaje de reingresos de pacientes se redujo considerablemente, pasando del 42,3% en 2016 al 8,2% en 2022. **Conclusión:** El servicio de atención domiciliar del HSMPPF ha logrado reducir la tasa de reingresos de sus pacientes y está demostrando ser una buena estrategia de atención pública salud. Se hizo evidente la necesidad de nuevas inversiones, la ampliación del equipo y la implantación del servicio en la red de la residencia médica del hospital.

**Palabras clave:** Atención domiciliar de la salud. Salud mental. Asistencia a domicilio.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a Psiquiatria funcionava como um sistema de reclusão, em que os pacientes eram tratados sem critérios científicos, sendo considerados loucos e segregados da sociedade<sup>1</sup>. As pessoas com sofrimento mental não eram consideradas cidadãs, não tinham seus direitos garantidos nem sua autonomia preservada diante das decisões sobre sua própria vida. A forma de tratamento dispensado a essas pessoas era o cárcere privado compulsório, mediante as eternas internações nos hospitais psiquiátricos conhecidos naquela época como manicômios ou hospícios. O paradigma hospitalocêntrico enfatizava à doença em detrimento do sujeito e de sua experiência humana<sup>2</sup>.

Nas últimas décadas, a reforma psiquiátrica forneceu uma variedade de mecanismos para o modelo de cuidados de saúde mental que priorizam a inclusão social, a cidadania efetiva e a autonomia das pessoas com doença mental. No entanto, esse processo de transformação enfren-

tou obstáculos no esforço para superar o modelo de saúde mental biomédica e hospitalar. Neste contexto, o protagonismo do movimento social de pacientes, seus parentes e os profissionais de saúde mental favoreceram mudanças tanto na legislação quanto na proposta de novos modelos e abordagens para o cuidado, constituindo um pilar do processo de desinstitucionalização<sup>3</sup>.

Atualmente os hospitais psiquiátricos foram substituídos por um modelo de rede de atenção psicossocial, constituído por serviços de caráter extra-hospitalar como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais entre outros que buscam a reintegração do indivíduo com sofrimento psíquico à sociedade e reestabelecer sua cidadania<sup>4</sup>.

No Ceará, foi sancionada a Lei nº 12.151/93, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regu-

lamentar a internação psiquiátrica compulsória. Essa lei proibiu, no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, a contratação e o financiamento de mais leitos pelos setores estatais<sup>5</sup>.

Em decorrência da lei, houve uma diminuição importante no número de leitos psiquiátricos assim como o fechamento de vários hospitais psiquiátricos no Ceará, tendo como consequência uma superlotação no hospital de referência em psiquiatria, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMPPF)<sup>6</sup>.

Embora a atenção domiciliar (AD) seja uma prática de saúde antiga, atualmente ela tem se revelado uma tendência no cenário mundial, por razões que incluem: redução de custos com internação e dos riscos de infecções comuns nos hospitais; promoção de uma assistência mais humanizada tem maior autonomia aos pacientes; desospitalização de pacientes que ainda necessitam de algum suporte de saúde que possa ser realizado com segurança em domicílio, garantia de continuidade de atendimento a pacientes com dificuldades de locomoção; dentre outras<sup>7</sup>.

Em meados da década de 1940, na América do Norte e na Europa, em consequência do acelerado envelhecimento populacional, observou-se o aumento expressivo dos Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), tendo como objetivo manter os indivíduos idosos em tratamento e reabilitação, mesmo quando não podem sair do

domicílio<sup>8</sup>. No Brasil, este crescimento aconteceu, mais veementemente, na década de 1990 devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes nas mais variadas faixas etárias somado ao aumento da expectativa de vida<sup>9</sup>.

No entanto, seguindo a tendência já em curso em países desenvolvidos como França, Reino Unido, Estados Unidos e Canadá<sup>7</sup>, apenas em 2011, o SAD foi efetivado pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), integrando a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo “Programa Melhor em Casa”<sup>9</sup>, desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esta modalidade assistencial atua de forma complementar ou substitutiva ao cuidado implementado em instituições hospitalares. Apresenta-se como potencial estratégia para a redução de custos por meio da desospitalização, diminuição do risco de infecções secundárias e reinternamentos<sup>10</sup>. Ela promove assistência humanizada, por estar sendo prestada na segurança do lar, além de favorecer a autonomia e a confiança do paciente e da família. Dessa forma, o cenário de hegemonia hospitalar na saúde mental é substituído por cuidados contínuos e integrados em saúde inclusive em domicílio<sup>11</sup>.

O Programa Melhor em Casa, além de oferecer maior comodidade e conforto ao doente, gera uma economia nos gastos hospitalares de até 70%. Ele conta com mais de 1486 equipes em todo o Brasil. De 2012 até abril de 2020, o

programa atendeu 285.181 pessoas, em 595 municípios<sup>12</sup>.

O planejamento do cuidado ofertado pelo SAD é organizado de acordo com as necessidades de cuidado específicas do usuário, periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos. Classifica-se em Atenção Domiciliar (AD) 1 quando a demanda de cuidados especializados é menos frequente, cuidado que, por conseguinte, deve ser ofertado pela Atenção Básica (AB); em AD2 para usuários com doenças crônicas que demandam cuidados intensos e sequenciais; e em AD3 para a população com condições semelhantes às da AD2, mas que necessitem de cuidados de maior complexidade e/ou densidade tecnológica, ambos sob responsabilidade do SAD<sup>11</sup>.

A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo, porque constitui a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano. Embora essa seja quase sempre representada por um conjunto de pessoas, ela também se constitui de relações afetivas estabelecidas entre os membros sanguíneos ou não<sup>13</sup>.

A situação amplia-se em complexidade, pois associados à patologia psiquiátrica vêm o estigma e a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico, assim como sentimento de revolta, medo, vergonha, entre outros. O doente e a família, além do tratamento, devem aprender a lidar com o imaginário da incapacidade e periculosidade do “louco”, evitando os próprios

preconceitos e os da sociedade<sup>4</sup>. Nesta multiplicidade de sujeitos envolvidos, a família se destaca pelo seu papel de cuidadora e por ser, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo<sup>14</sup>.

Entendendo a família como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando ela se encontrar fragilizada. Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas, também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e dos familiares<sup>4</sup>.

Estudos evidenciaram as fragilidades na AD, apesar de potencialmente promissora, como a falta de operacionalização das políticas de saúde elaboradas, limitações quanto à coordenação do cuidado, baixa articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim como a vulnerabilidade do serviço às mudanças governamentais e econômicas<sup>11</sup>.

Nesse contexto, faz-se importante conhecer as demandas e caracterizar o serviço de atendimento domiciliar do hospital referência em saúde mental do Estado do Ceará. A caracterização desse serviço permite avaliar a sua potencialidade e evidenciar suas lacunas e dificuldades. Conhecendo o serviço é possível traçar estratégias para aperfeiçoá-lo. Por conseguinte, o

objetivo deste estudo é caracterizar o serviço de atenção domiciliar, assim como o perfil clínico e demográfico dos pacientes, em funcionamento há 10 anos no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto do Estado do Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisadora acompanhou durante um mês, maio de 2022, as visitas e os atendimentos realizados pelos profissionais que compõem a equipe do SAD-HSM (Serviço de Atenção Domiciliar – Hospital de Saúde Mental). Os dados foram coletados no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023, por meio dos indicadores alimentados mensalmente pela equipe ao escritório de qualidade do HSMPPF, de 2018 a 2022.

As seguintes variáveis sociodemográficas foram coletadas: idade, gênero e diagnóstico psiquiátrico. As variáveis coletadas no escritório de qualidade foram: percentual de paciente com plano terapêutico singular, percentual de reinternação, número total de atendimentos, número de atendimentos domiciliares, telefônicos e hospitalares e número de participação dos familiares nas reuniões. Variáveis numéricas foram apresentadas como médias e as categorias por número absoluto e proporções.

Os dados coletados são públicos e não associados a informações sigilosas de prontuário

ou de assistência médica, por tanto não necessitou de aprovação de Conselho de Ética.. Por tratar-se de uma pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual não se aplica o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, os autores envolvidos se comprometem em manter a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos usuários. Essa conduta se baseia nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 196/96.

## RESULTADOS

A equipe do SAD-HSM é composta por uma psiquiatra, uma enfermeira, um psicólogo, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, sendo coordenada por uma médica e gerenciada pela direção do HSM. Disponibiliza atendimento domiciliar, preferencialmente na regional 6, na cidade de Fortaleza.

O funcionamento do serviço ocorre uma vez por semana, às quartas-feiras. As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, sendo visitados 5 pacientes por turno com alternância entre os turnos da manhã e da tarde.

O compartilhamento do carro com outros serviços do hospital limita o pleno funcionamento do serviço. O SAD-HSM localiza-se no próprio hospital HSM. Não dispõe prontuário

eletrônico ou telefone próprio, o que limita a comunicação com outros setores. Quanto ao modelo de assistência domiciliar, a equipe oferece atendimento hospitalar, domiciliar e telefônico.

Quanto as características dos cuidados assistenciais prestados à população assistida pelo SAD, destacam-se: suporte profissional familiar, reunião familiar e o projeto terapêutico singular (PTS) em 100% dos pacientes. Todos os profissionais da equipe elegem os usuários para admissão no programa de acordo com os seguintes critérios de inclusão do serviço: 1) ser paciente do HSM, com reinternações frequentes (3 ou mais internações em seis meses); 2) Residir no perímetro urbano do município de Fortaleza, preferencialmente na SER-VI; 3) Dispor obrigatoriamente de pelo menos um cuidador e/ou responsável que execute as orientações e cuidados necessários à saúde do paciente; 4) Ter diagnóstico psiquiátrico; 5) Não ser dependente de equipamentos de monitoramento e sustentação à vida. O encaminhamento do usuário ao SAD ocorre, em sua maioria, por profissionais do próprio Hospital.

Faz parte dos procedimentos da equipe do SAD-HSM: atualizar os prontuários e

documentos mensais (ex: escala, rota), elaborar levantamentos mensais dos procedimentos para relatórios gerenciais, realizar produção dos atendimentos hospitalar, domiciliar e telefônico, informar o próximo atendimento aos cuidadores, fazer busca ativa de pacientes nas unidades de internação, realizar visita técnica ao paciente do SAD, internado no HSM, promover reunião trimestral com os familiares e quinzenal com a equipe, realizar PTS na admissão e reavaliação no decorrer no ano, atualizar indicadores mensalmente.

Foram atendidos 73 pacientes pelo SAD-HSM de setembro de 2013 a janeiro de 2023. Destes, 30 eram homens e 43 mulheres. A média das idades dos pacientes no momento da admissão no SAD foi de 47,3 anos, variando de 18 a 85 anos (tabela 1). Foram identificados sete diagnósticos diferentes, o mais prevalente foi Esquizofrenia com 38 pacientes (52,05%), seguido de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) com 16 pacientes (21,92%), Demências com 9 (12,33%), retardo mental com 5 (6,85%), Esquizoafetivo com 3 pacientes (4,11%), depressão e transtorno de personalidade com 1 paciente (1,37%) cada (gráfico 1).

**Tabela 1.** Identificação da população atendida por faixa etária e sexo no SAD-HSM em 10 anos do serviço

Variáveis	Nº de Pacientes	%
<b>Sexo</b>	N=73	
Mulheres	43	58,9%
Homens	30	41,1%

Quantitativo de Pacientes		
< 20 anos	2	2,7%
20 – 30 anos	11	15,1%
31 – 40 anos	18	24,7%
41 – 50 anos	12	16,4%
51 – 60 anos	14	19,2%
61 – 70 anos	7	9,6%
71 – 80 anos	6	8,2%
81 – 90 anos	3	4,1%

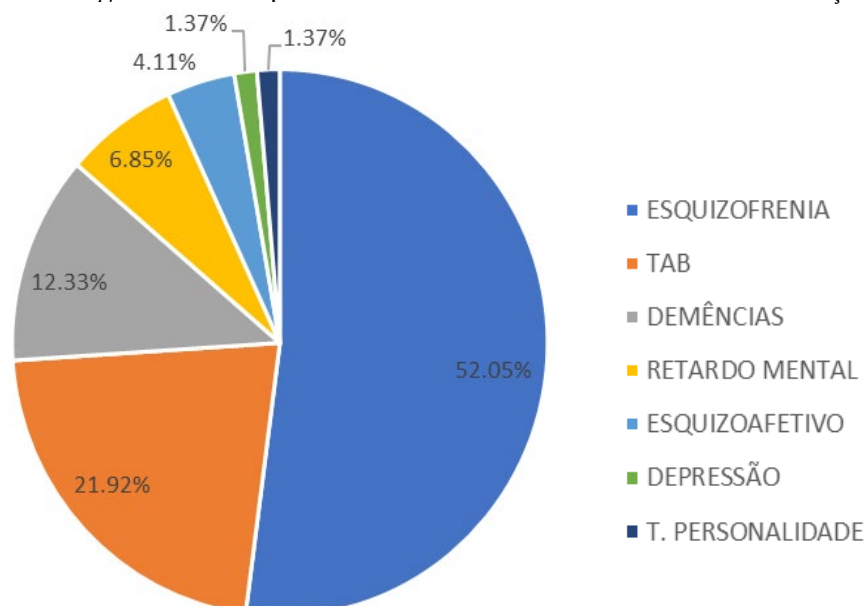
Fonte: elaborada pelos autores/dados da pesquisa, 2023.

Em janeiro de 2023 o SAD acompanhava 18 pacientes, sendo 6 homens e 12 mulheres. Desses pacientes, 5 (28%) apresentavam TAB, 8 (44%) Esquizofrenia, 2 (11%) Esquizoafetivo, 2 (11%) Retardo Mental e 1 (6%) Transtorno de Personalidade Borderline. A média das idades dos pacientes em acompanhamento atual foi de 41,11 anos (gráfico 2).

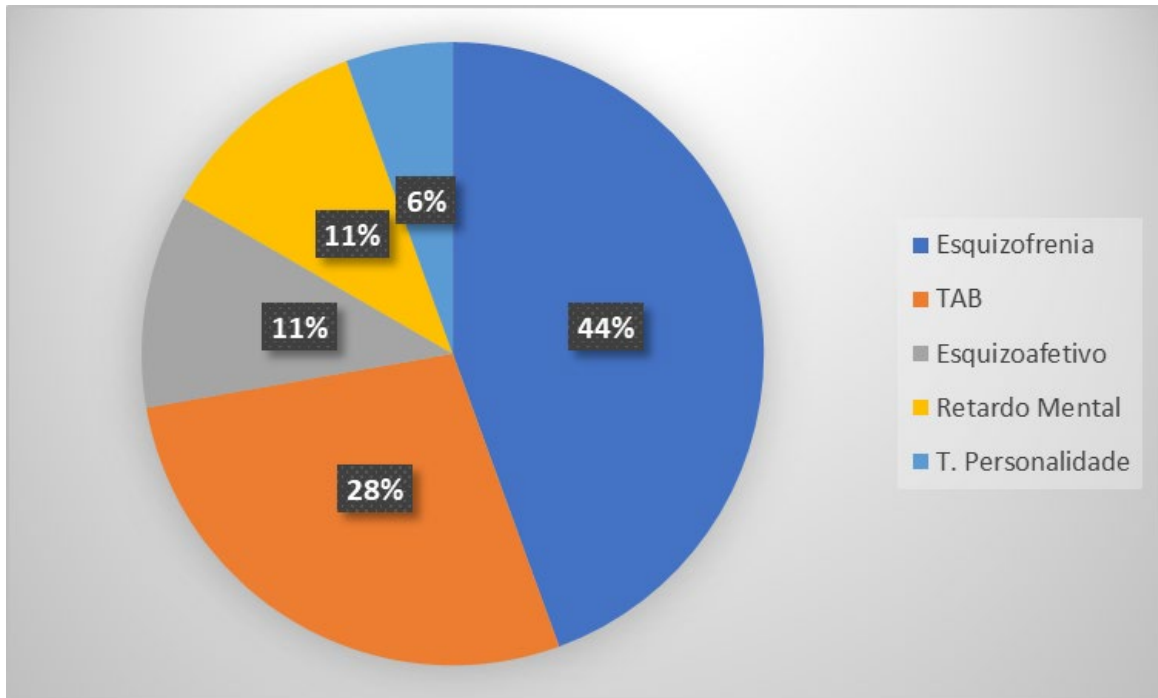
O percentual de reinternação dos pa-

cientes acompanhados pelo SAD em 2014 foi de 5%, quando se compara com o percentual de reinternação antes do SAD, teve uma que de 50%, no ano seguinte o percentual de reinternação antes do SAD foi de 42,10% e após o SAD foi de 15,78%, em 2016 essa taxa foi de 2,69%, 2017 de 3,45, 2018 de 5%, 2019 de 3,7%, 2020 de 7,4%, 2021 de 6,6% e 2022 de 8,2% (gráfico 3).

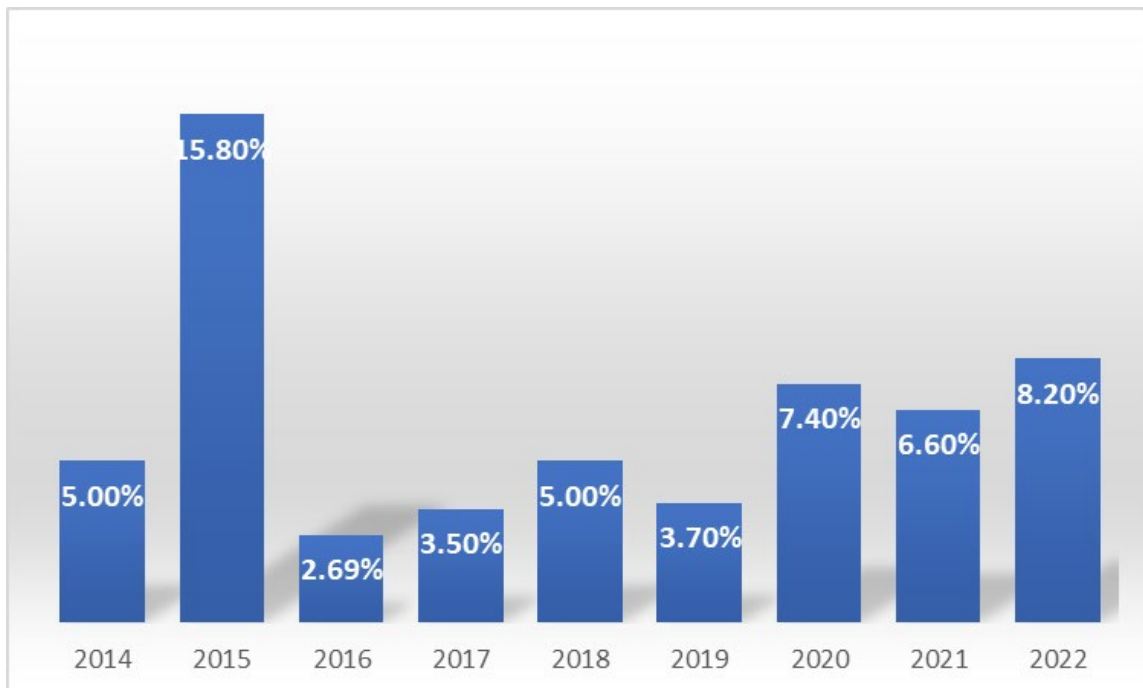
**Gráfico 1.** Diagnósticos dos pacientes do SAD-HSM nos 10 anos do serviço



Fonte: Elaborada pelos autores/dados da pesquisa, 2023.

**Gráfico 2.** Diagnósticos dos pacientes do SAD-HSM em 2023.

Fonte: Elaborada pelos autores/dados da pesquisa, 2023.

**Gráfico 3.** Percentual de reinternação dos pacientes acompanhados pelo SAD

Fonte: elaborada pelos autores/dados da pesquisa, 2023.



O número de participação dos familiares nas reuniões de 2018 a 2022 teve uma variação de 6,0% a 44,7%. O percentual de pacientes com plano terapêutico singular (PTS) cresceu

nos últimos 5 anos, tornando 100% em 2022. A tabela 2, exhibe o demonstrativo dos atendimentos do SAD nos anos de 2020 a 2023.

**Tabela 2.**

<b>Indicadores</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Percentual % do plano terapêutico singular (PTS)	18,2%	41,7%	52,2%	86,4%	100,0%
Percentual % de participação dos familiares nas reuniões mensais *	34,7%	35,4%	6,0%	17,1%	44,7%
Capacidade de atendimento	20	20	20	20	20
Nº Atendimento Domiciliar	-	-	58	146	164
Nº Atendimento Hospitalar	-	-	124	105	95
Nº Atendimento Telefônico	-	-	166	154	95
Total de Atendimentos	205	220	348	405	354

Fonte: elaborada pelos autores/dados da pesquisa, 2023.

## DISCUSSÃO

Segundo a Portaria do MS nº825/16, os serviços de atenção domiciliar devem ofertar, no mínimo, 12 horas diárias, porém o SAD-HSM somente oferta 8h semanais e não funciona aos finais de semana. Se houvesse maior carga horária ou houvesse outras equipes, seria possível atender mais pacientes e tornar o suporte mais frequente.

Quanto ao local de instalação física, não é obrigatório que o SAD tenha sede própria, podendo estar anexado a outros serviços, desde que

se adeque às exigências previstas. O SAD-HSM, estando dentro do hospital psiquiátrico, aumenta o controle das internações dos pacientes e consegue dar um suporte maior quando os pacientes se internam, diminuindo seu tempo de internação, o que torna um diferencial desse serviço<sup>15</sup>.

Identificou-se ainda que o serviço não possui transporte próprio, fazendo-o de forma compartilhada e, por isso, estava sujeita ao enfrentamento de dificuldades em consequência da indisponibilidade de veículo devido às demandas de outros serviços. Destaca-se a necessidade de que as gestões públicas em saúde deem atenção

\* As reuniões com os familiares no ano 2022 aconteceram trimestralmente.

especial à disponibilização e à garantia do transporte sanitário. Além de ser uma necessidade iminente do usuário assistido pelo SAD para o tratamento, é um direito previsto em lei<sup>16</sup>.

Um fator importante para a garantia da integralidade do cuidado é o compartilhamento de informações intra e intersetoriais. Nesse sentido, a utilização do prontuário eletrônico e as ações de referência e contrarreferência entre os serviços são estratégias que garantem a integralidade. Destaca-se o prontuário eletrônico como uma importante ferramenta para o compartilhamento de informações dos atendimentos dos usuários e, portanto, eficaz para a garantia da integralidade. Contudo o SAD-HSM não dispõe dessa ferramenta<sup>17</sup>.

Outra estratégia para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado do usuário/família é o PTS. O serviço do HSM utiliza essa ferramenta rotineiramente, garantindo que os usuários tenham uma abordagem terapêutica centrada nas suas necessidades, tornando o indivíduo o ator principal no processo de adoecimento-reabilitação, garantindo uma necessidade baseada na singularidade, com condutas que se adequam a realidade do usuário. Atendendo as demandas objetivas e subjetivas, o PTS contribui para uma melhor adesão ao tratamento do indivíduo, reduzindo as internações, além de uma melhor qualidade da assistência baseada na integralidade do indivíduo-família<sup>18,19</sup>.

A admissão da população contemplada

pelo SAD é realizada por profissionais assistenciais do próprio serviço, isso está em conformidade com a portaria MS nº 825/2016, que assegura a admissão como atribuição da equipe assistencial, tendo como exigência a concordância do usuário e da família a partir do termo de esclarecimento e responsabilidade<sup>15</sup>.

Estudos mostram que homens se internam mais que mulheres quando se considera o diagnóstico de uso de álcool e outras drogas, enquanto no SAD encontrou-se um número maior de mulheres, contudo não foi encontrado nenhum paciente com diagnóstico por uso de álcool e outras drogas no SAD, visto que a maioria não tem suporte família, o que representa um critério para inclusão<sup>20</sup>.

O diagnóstico mais prevalente no SAD-HSM foi esquizofrenia, o que corrobora com outros estudos quando não se leva em conta pacientes com uso de álcool e outras drogas. Com relação a idade, é possível perceber que se trata de pessoas em idade economicamente ativa, tinham entre 18 e 50 anos, o que também é visto em outras literaturas<sup>21</sup>.

Em relação às reuniões familiares, não houve uma boa adesão, provavelmente pela dificuldade de o cuidador/familiar não ter com quem deixar seu paciente. Em 2020, o percentual de participação dos familiares nas reuniões foi o mais baixo (equivalente a de 6%), por conta da Pandemia do Covid-19 e das proibições de aglomerações. Em contrapartida, em 2022, houve o

maior índice, de 44,7%, pois a equipe passou a fazer as reuniões de forma trimestral.

Em relação aos tipos de atendimentos utilizados pelo SAD-HSM, identificou-se que o atendimento telefônico, foi uma importante estratégia de cuidado à população assistida durante os anos da Pandemia do Covid-19. Um estudo internacional apontou que essa modalidade de atendimento telefônico é eficaz no processo de reabilitação de crianças com deficiência por permitir a consolidação de um contato contínuo diário entre profissionais, pais e crianças<sup>22</sup>. Porém uma dificuldade encontrada pela equipe foi não possuir telefone próprio do serviço, o que pode dificultar a efetividade do atendimento e expor a equipe, que disponibiliza o seu contato pessoal para orientações e atendimento fora do horário de trabalho. Durante o ano de 2020, teve uma redução significativa no número de atendimentos domiciliares (Tabela 2). Essa mudança pode ser justificada pela Pandemia do Covid-19. Em 2022, com a vacinação e a Pandemia controlada, o atendimento domiciliar volta a ser a principal modalidade, tendo o seu número de atendimentos aumentados.

Em um estudo de 2017, foi encontrado uma ocorrência de 36,5% reinternações, já em um outro estudo de 2004, a porcentagem encontrada foi de 55,7%. Outros estudos brasileiros com critérios específicos para reinternação as taxas encontradas foram de 34%, 42,6% e 60,3%. Em relação a estudos internacionais, a

taxa de reinternação variou de 46% na Austrália a 10% na Espanha. O alto índice de reinternações parece está associado às dificuldades no acesso aos serviços extra hospitalares, à baixa adesão aos tratamentos e à sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o paciente psiquiátrico<sup>23</sup>.

Quando comparamos com os percentuais de reinternação encontrados no SAD-HSM, verificou-se que o serviço de atenção domiciliar é efetivo, pois conseguiu diminuir significativamente as taxas de reinternações dos pacientes. A equipe de atenção domiciliar consegue dar um suporte maior aos familiares para ajudar no cuidado, assim como elaborar um plano terapêutico singular para cada paciente de acordo com suas subjetividades, melhorando sua adesão terapêutica.

Como limitação do estudo, destacamos que foram encontrados poucos estudos sobre o tema, apesar da importância e das implicações. Não se conhece outros serviços de atenção domiciliar do estado do Ceará voltado para pacientes com transtorno mental, dificultando parâmetros de comparação. Sua capacidade de atendimento é reduzida, por apresentar uma única equipe e por compartilhar o carro com outros serviços.

Não existe nenhuma atividade compartilhada do SAD-HSM com o CAPS de referência dos pacientes visitados. Quando os pacientes recebem alta do SAD-HSM, são encaminhados ao CAPS.

## CONCLUSÃO

O serviço de atenção domiciliar do Hospital Mental Professor Frota Pinto, em seus 10 anos de existência, vem conseguindo reduzir a taxa de reinternações dos seus pacientes e se mostrando como uma boa estratégia de saúde pública, contribuindo para o processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos, melhor gerenciamento de vagas, humanização do atendimento junto à família e liberdade do paciente em sua casa.

Sugerimos que novos investimentos se-

jam feitos no SAD-HSM, bem como novos serviços domiciliar para pacientes psiquiátricos sejam criados. Em 10 anos, não se conseguiu ampliar seu atendimento, apesar de toda sua importância para a história da psiquiatria. Seria importante o serviço entrar na grade da residência médica do hospital, para que os novos profissionais em formação conheçam a realidade dos pacientes psiquiátricos que precisam de acompanhamento domiciliar, humanizem seus atendimentos e abram o horizonte para novas modalidades de atendimentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira, MSN et al. Perfil Sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Ver. Bras. Promoç. Saúde (Impr.)*, v.24, n.4, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I-sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextaction=lnk&exprSearch=621776&indexSearch=ID>.
- Silva TA, Silva AS, Filho IEM, Nery AA, Vilela ABA. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. *Avances em Enfermeria*. 2020 Sep 1;38(3):380-6.
- Sade RMS, Goljevscek S, Corradi-Webster CM. Intensive home support for mental health crises: experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(3).
- Schrank, Guisela, and Agnes Olschowsky. "O Centro de Atenção Psicossocial E as Estratégias Para Inserção Da Família". *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, vol. 42, no. 1, Mar. 2008, pp. 127–134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000100017>. Acessado em: 19 Mar. 2022.
- Lima MT. Atenção domiciliar na assistência a portadores de transtornos mentais: os primeiros resultados de um projeto piloto. Fortaleza. Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares – Escola de Saúde Pública; 2015.
- Lima MT, Nogueira FMD. Atenção Domiciliar: Modelo Alternativo de Cuidado a Pessoas com Transtornos Mentais. *Rev Diálogos Academicos*. 2014 Jun;3(1)
- Oliveira AEG de, Cury VE. A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). *Psicoestud [Internet]*. 7 de julho de 2020 [citado 22 de fevereiro de 2023];250. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/44108>

8. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005 Dec;10(supl):231–42.
9. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA de, Salomon ALR. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2018 May 1;12(5):1422.
10. Lee Y-H, Lu C-W, Huang C-T, Chang H-H, Yang K-C, Kuo C-S, et al. Impact of a home health care program for disabled patients in Taiwan. *Medicine*. 2019 Feb;98(7):e14502.
11. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. Por que é Melhor em Casa? A Percepção de Usuários e Cuidadores da Atenção Domiciliar. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2017 Nov 22;22(4). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>
12. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Programa de atendimento domiciliar especializado pelo SUS completa nove anos de atuação [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/programa-de-atendimento-domiciliar-especializado-pelo-sus-completa-nove-anos-de-atuacao>
13. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p
15. Portaria nº825, de 25 de abril de 2016 (BR). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 abr.2016: seção 1:25
16. Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017 (BR). Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 3 out 2017: Seção 1:40.
17. Cordeiro TLR, Andrade LAS, Santos S de P, Stralhoti KN de O. Prontuário Eletrônico como Ferramenta para a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Urgência/Emergência: Percepção dos Enfermeiros. *Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2019 Dec 2;20(2):30-41.
18. Rocha E do N da, Lucena A de F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018 Jul 2;39(0).
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Rocha HA da, Reis IA, Santos MA da C, Melo APS, Cherchiglia ML. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista de Saúde Pública*. 2021 Apr 16;55:14.
21. Hugo andre da rocha, ilka afonso reis, marcos anotnio da cunha santos et al, Internações Psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil Ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista de Saúde Pública*. 2021;55:14
22. Camden C, Silva M. Pediatric telehealth: Opportunities created by the covid-19 and suggestions to sustain its use to support families of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pe-*

diatrics. 2020 Oct 6;41(1):1–17. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/344800096\\_Pediatric\\_Telehealth\\_Opportunities\\_Created\\_by\\_the\\_COVID19\\_and\\_Suggestions\\_to\\_Sustain\\_Its\\_Use\\_to\\_Support\\_Families\\_of\\_Children\\_with\\_Disabilities](https://www.researchgate.net/publication/344800096_Pediatric_Telehealth_Opportunities_Created_by_the_COVID19_and_Suggestions_to_Sustain_Its_Use_to_Support_Families_of_Children_with_Disabilities)

23. Gusmão RO, Silva RF Junior, Alves AP, Flecha DA, Dias CL, Barbosa RR et al. Revolving Door -Reinternação Psiquiátrica Hospitalar, Humanidades. Humanidades [Internet]. 2017 Acessado em: 2023 Feb 22];6(2). Disponível em: [https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos\\_up/artigos/a151.pdf](https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a151.pdf)

### Como citar:

Gondim LT, Melo MCA. SAD-HSM: Serviço de atenção domiciliar em um hospital psiquiátrico. Dialog Interdis Psiq S Ment [Internet]. 21º de agosto de 2023 [citado 23º de agosto de 2023];2(2):e10354. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/dipsm/article/view/10354>