

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

VALDENISIA APOLINARIO ALENCAR

CONTRIBUIÇÕES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR PARA PROMOVER A
DESOSPITALIZAÇÃO E PREVENIR A REOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

BRASÍLIA – DF
2013

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

VALDENISIA APOLINARIO ALENCAR

CONTRIBUIÇÕES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM PROMOVER A
DESOSPITALIZAÇÃO E PREVENIR A REOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

*Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.*

*Área de Concentração:
Políticas, práticas e cuidado em saúde e enfermagem*

*Linha de Pesquisa:
Gestão da atenção à saúde e organização dos serviços
de Saúde*

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fachin Martins

BRASÍLIA – DF
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1013085.

A368c Alencar, Valdenisia Apolinario.
Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS / Valdenisia Apolinario Alencar. -- 2013.

125 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Emerson Fachin Martins.

1. Assistência hospitalar. 2. Enfermagem domiciliar.
3. Doenças crônicas. 4. Saúde - Administração. I. Martins, Emerson Fachin. II. Título.

CDU 616-082

VALDENISIA APOLINARIO ALENCAR

CONTRIBUIÇÕES DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM PROMOVER A
DESOSPITALIZAÇÃO E PREVENIR A REOSPITALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

*Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.*

Aprovado em 30 de setembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Emerson Fachin Martins – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professor Doutor José Antônio Iturri de la Mata – Membro Efetivo e externo ao PPGEnf
Universidade de Brasília

Professora Doutora Leila Bernarda Donato Gottens – Membro efetivo e interno PPGEnf
Universidade Católica de Brasília

Professor Doutor Elioenai Dornelles Alves – Membro suplente e interno PPGEnf
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a minha referência de vida, minha mãe, exemplo de amor, trabalho e honestidade. Que tinha como lema de vida: minha família meu tesouro.

Dedico também ao grande amor da minha vida, Cícero Alencar, ar dos meus pulmões. Meu amigo, meu companheiro, meu cúmplice e eterno namorado. Sem você nada teria sentido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu sustento e inspiração.

Ao meu amado esposo, por sua paciência, lealdade, cumplicidade, apoio e amor, eu não tenho palavras para expressar minha gratidão. Você é um presente de Deus para minha vida.

Aos familiares e amigos que acreditaram em mim e compreenderam minhas ausências, em especial ao Valter e Valdizia Apolinário.

Aos queridos companheiros da atenção domiciliar do Distrito Federal em especial a equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia pela cumplicidade, apoio, incentivo e principalmente por embarcarem na ousada proposta de construir um serviço de atenção domiciliar na Ceilândia.

Ao meu orientador, Emerson Fachin Martins, que foi para mim um pai acadêmico, ensinando-me muito sobre ciência e, além disso, ofertou lições sobre persistência, valores morais, família, resiliência e esforço na busca de um ideal, eu serei eternamente grata por sua dedicação e voto de confiança.

A toda a equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia que, quase desde sua origem em 2009, tem sido parceira dos projetos de ensino, pesquisa e extensão coordenados pelo Prof. Dr. Emerson Fachin Martins. Obrigado por nos permitir fazer parte desta história.

Tenho um especial agradecimento aos pacientes e familiares admitidos no Programa de Internação Domiciliar do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia, pela oportunidade de aprendizado sobre ciências da saúde, enfermagem, cuidado e muito mais pelos ensinamentos de vida, de resiliência, compaixão, dedicação, amor incondicional e zelo pelo outro. Vocês marcaram minha vida profundamente.

A Regional de Saúde de Ceilândia, parceira constante dos projetos desenvolvidos na Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB), nosso sincero

agradecimento por possibilitar o uso desta grande regional como cenário de investigação desta pesquisa.

A todos os estudantes que ao longo desses anos tem contribuído com a execução do ensino-pesquisa-serviço em Ceilândia, cenário de trocas de conhecimento e experiência, em especial dedico aos alunos que diretamente contribuíram com este trabalho: Arthur Rodrigues Bezerra, Ana Carolina Oliveira Costa, Daniela Aires Cardoso, Dyego Ramos Henrique, Érika Cristina Botelho Pinho, Lucas Lobato de Souza, Luís Carlos Beda do Nascimento, Nádia Luiza Gonçalves, Rayanne Peres Rosa, Renata Cristina Martins Silva, Samira Yusef Ali e outros.

Ao Decanato de Extensão (DEX) da Universidade de Brasília (UnB) que desde 2010 até 2013 tem apoiado administrativa e financeiramente as quadro edições anuais do Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC): MELHOR EM CASA – DESOSPITALIZANDO PELA ATENÇÃO NO DOMICÍLIO coordenado pelo Prof. Dr. Emerson Fachin Martins.

Ao Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação (DPP) da Universidade de Brasília (UnB) que, por meio da Diretoria de Fomento à Iniciação Científica (DIRIC) em parcerias com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) subsidiou bolsas de iniciação científica para as estudantes de graduação Ana Carolina Dill de Quadros de Matos (Terapia Ocupacional), Beatriz dos Santos Mesquita (Fisioterapia), Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos (Saúde Coletiva), Ludmila de Souza Santos (Enfermagem), Sara de França Mendes (Enfermagem) e Pedro Henrique Cortês de Sousa (Fisioterapia) que contribuíram para a coleta parcial e sistematização de dados utilizados nesta dissertação.

Ao Prof. Dr. Oviomar Flores que em colaboração com o Prof. Dr. Emerson Fachin Martins coordenaram o projeto de pesquisa que viabilizou recursos financeiros para a elaboração da pesquisa apresentada nesta dissertação.

Agradeço a Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) que em parcerias estabelecidas com a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) concederam recursos financeiros pela aprovação do projeto de pesquisa LIMITES E

POSSIBILIDADES NA DES-HOSPITALIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE RE-HOSPITALIZAÇÃO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS VIA FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS que concorreu ao Edital FAPDF 13/2010 – Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS-DF – processo: 193.000.346/2010).

Ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) e ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE) que proporcionaram força de trabalho financiada pela aprovação do projeto FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CEILÂNDIA: UM PROJETO DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO CUIDADO EM SAÚDE que concorreu ao Edital 24/2011 e foi contemplado com recursos financeiros.

A casa é nosso canto no mundo.

A casa abriga o devaneio, a casa abriga o sonhador,
a casa permite sonhar em paz.

A casa nos ajuda a dizer: serei um habitante do mundo,
apesar do mundo.

A casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos,
as lembranças e os sonhos do homem.

Sem a casa o ser humano seria disperso,
jogado no mundo...

Gaston Bachelard

RESUMO

ALENCAR, V.A. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS.** 2013. 131 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Atenção domiciliar desponta como modalidade de assistência que substitui ou complementa a atenção hospitalar que ainda é carente de estudos que descrevam suas contribuições. Assim, objetivou-se investigar limites e possibilidades da internação domiciliar promover desospitalização e prevenir reospitalização de sujeitos admitidos em Programa de Internação Domiciliar (PID). Optou-se por delineamento de pesquisa observacional do tipo longitudinal em etapas retrospectiva e prospectiva com abordagens qualitativa e quantitativa. Os dados foram obtidos dos registros documentais do serviço e dos sujeitos admitidos no período de maio de 2009 a dezembro de 2012. Os resultados apontaram uma população idosa (71% acima de 60 anos), predominantemente masculina (52,5%), não alfabetizada (36,7%) e já aposentada (44,6%). As doenças crônicas representaram 97,2% do que foi encontrado. Das doenças diagnosticadas como primárias e codificadas pela CID10 prevaleceu aquelas do capítulo do aparelho circulatório (39,5%), seguidas por códigos distribuídos nos capítulos de neoplasias (27,7%), doenças do sistema nervoso central (21,5%) e consequências de causas externas (4,5%). Em média, os sujeitos conviviam com a doença primária por 73 meses, podendo variar de 3 a 12 anos de cronicidade. Estes sujeitos permaneciam no PID por 378 ± 29 dias, recebendo em média 2,8 visitas ao mês. Admissão via desospitalização no PID iniciou no ano de 2009 com uma fração de desospitalização de 2,7% finalizando o ano de 2012 com 46,9%. Dentre os admitidos com desfecho de alta, 75% não foram reospitalizados ou tiveram apenas 1 reospitalização, sendo os admitidos com este desfecho significativamente diferentes dos admitidos ativos ou com desfecho de óbito, em que se observou mais de 1 reospitalização. Conclui-se que o PID iniciou suas atividades com pequena contribuição na desospitalização que aumentou progressivamente após 4 anos, neste período constatou-se que o sucesso na assistência domiciliar pode estar relacionado à prevenção de reospitalização.

Descritores: gestão em saúde, indicadores básicos de saúde, serviços de assistência domiciliar, hospitalização, doença crônica, enfermagem.

ABSTRACT

ALENCAR, V.A. **Home care contributions promoting dehospitalization and preventing dehospitalization within SUS. 2013.** 131 sheets. Thesis (Master) – Department of Nursing, Faculty of Health Science, University of Brasília, Brasília, 2013.

Home care emerges as a support modality that replaces or complements hospital care, which is still poor of studies describing their contributions. Then, it was aim to investigate limits and possibilities of the home care promotes dehospitalization and prevents rehospitalization of subjects at a Home Care Program. It was used longitudinal observational research design by retrospective and prospective phases, including qualitative and quantitative approaches. Data were obtained from service and subject documental records during May 2009 until December 2012. The results pointed elderly population (71% above 60 years old), predominantly male (52.5%), non-alphabetized (36.7%) and retired (44.6%). Chronic diseases represented 97.2%. From diagnosed diseases as primary and codified by ICF10, it was prevalent those within circulatory system (39.5%), neoplasia (29.3%), central nervous system diseases (21.5%) and consequence of external causes (4.5%) chapters. In average, subjects had primary disease for 73 months, varying from 3 to 12 years of chronicity. These subjects remaining in the Home Care Program for 378 ± 29 days, receiving 2.8 times on average 2.8 visits by month. Starts by dehospitalization into Home Care Program began on 2009 with dehospitalization fraction of 2.7%, ending on 2012 with 46.9%. Among subjects with outcome of discharge, 75% was not rehospitalized or they had only 1 rehospitalization, being significant different from subjects with outcomes alive or dead, where was observed less than 1 rehospitalization. It was concluded that the Home Care Program began with few contributions to dehospitalization that were increased progressively after 4 years, nowadays it was evidenced that success in home care could be related with prevention of the rehospitalization.

Key-words: management health, health status indicators, home care services, hospitalization, chronic disease, nursing.

RESUMEN

ALENCAR, V.A. **Aportes de la atención domiciliaria en la promoción de la deshospitalización y prevenir rehospitalización el SUS.** En 2013. 131 hojas. Tesis (Master) – Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2013.

Cuidado en el hogar se está convirtiendo en una modalidad de ayuda que sustituye o complementa la atención hospitalaria que aún falta estudios que describen sus contribuciones. Así, este estudio tuvo como objetivo investigar los límites y posibilidades de atención en el hogar y evitar rehospitalizaçãõ promover la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en Programa de Asistencia Domiciliaria (PID). Hemos elegido para la investigación del diseño pasos longitudinales observacionales en estudio retrospectivo y prospectivo de los enfoques cualitativos y cuantitativos. Los datos se obtuvieron de los registros documentales de los servicios y los sujetos ingresados entre mayo de 2009 y diciembre de 2012. Los resultados mostraron una población de edad avanzada (71 % más de 60 años), con predominio masculino (52,5 %), analfabetos 36,7 %) y ahora jubilados (44,6 %). Las enfermedades crónicas representan el 97,2 % de lo que se encontró. Enfermedades como diagnóstico primario y codificado por CIE-10 se impusieron las del capítulo del aparato circulatorio (39,5 %), seguido de los códigos distribuidos en los capítulos neoplasias (29,3 %), enfermedades del sistema nervioso central (21,5 %) y secuelas de causas externas (4,5 %). En promedio, los sujetos vivían con la enfermedad primaria durante 73 meses y puede variar de 3 a 12 años de cronicidad. Estos temas quedaron en PID de 378 ± 29 días, recibiendo una media de 2,8 visitas por mes. La admisión a través de la desinstitucionalización PID se inició en 2009 con una fracción de desinstitucionalización del 2,7 % cerrando el año 2012 con 46,9 %. Entre los admitidos con gran resultado, el 75 % no eran o tenían sólo 1 rehospitalizados rehospitalizaçãõ, de ser admitido con este resultado significativamente diferente de los activos admitidos o el resultado de la muerte, en el que hubo más de un rehospitalizaçãõ. Llegamos a la conclusión de que las actividades PID comenzaron con una pequeña contribución a la desinstitucionalización que aumenta progresivamente a partir de cuatro años, durante este período se encontró que el cuidado en casa con éxito puede estar relacionado con la prevención rehospitalizaçãõ.

Palabras-clave: gestión de la salud, los indicadores de salud, servicios de atención domiciliaria, la hospitalización, enfermedad crónica, de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmide etária Brasil, América Latina e Caribe de 1950-2050.	024
Figura 2	Evolução temporal das taxas de fecundidade do Chile, Brasil, Estados Unidos da América (EUA), Coréia do Sul, China e Alemanha.	025
Figura 3	Trajectoria de involução da fertilidade no mundo e por grupo selecionado de regiões mais e menos desenvolvidas e de países com desenvolvimento classificado como mínimo.	026
Figura 4	Relação entre quantidade de função e idade observada nos ciclos da vida e ilustrando diferenças entre envelhecimento fisiológico e patológico.	034
Figura 5	Memorial cronológico e marcos históricos da implementação dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar no Distrito Federal.	055
Figura 6	Memorial cronológico e marcos históricos da implementação do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia.	056
Figura 7	Histograma da distribuição de frequência da idade em anos completos observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	060
Figura 8	Histograma da distribuição de frequência da renda familiar em salários mínimos observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	061
Figura 9	Gráfico de linhas indicando a incidência de unidades de morbidade codificadas por tipo de comorbidade (da doença primária à sextenária) encontrada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	063
Figura 10	Histograma da distribuição de frequência da cronicidade em meses da doença de base (primária) observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	064
Figura 11	Histograma da distribuição de frequência do tempo de permanência em dias observado na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	064
Figura 12	Gráficos de linhas indicando a dinâmica mensal de visitas, admissão e alta no Programa de Internação Domiciliar até dezembro de 2012. A curva identificada como ativo corresponde valor resultante das entradas por admissões e saídas por altas mensais.	066
Figura 13	Gráfico de linhas indicando a incidência anual de pacientes admitidos e desospitalizados, bem como a fração de desospitalização em porcentagem do total de admitidos encontrada na população de sujeitos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	067
Figura 14	<i>Blox plots</i> indicando comparações da idade, renda familiar, cronicidade e tempo de permanência entre os sujeitos desospitalizados e os admitidos por outra via de entrada no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	069
Figura 15	Gráficos de barras indicando a proporção de desfechos observados na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	070

Figura 16 *Blox plots* indicando comparações entre os grupos de desfechos (óbitos, ativos e altas) para os sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. 072

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Detalhamento histórico dos marcos temporais da implementação e consolidação do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia (NRAD-CEI).	057
Tabela 2	Características pessoais e demográficas da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	058
Tabela 3	Características sociodemográficas da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	059
Tabela 4	Características econômicas e culturais da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	060
Tabela 5	Distribuição de frequência das comorbidades codificadas pela CID10 na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.	062
Tabela 6	Distribuição de frequência das comorbidades codificadas pela CID10 na população de sujeitos desospitalizados até dezembro de 2012.	068

LISTA DE ABREVEATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

aC	Antes de Cristo
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividades de Vida Diária
CID10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
CSC	Centro de Saúde de Ceilândia
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DF	Distrito Federal
ECVE	Escala da Cruz Vermelha Espanhola
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPM	Erro Padrão da Média
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FCE	Faculdade de Ceilândia
GEAD	Gerência de Atenção Domiciliar
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
NRAD-CEI	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Redes de Atenção em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Contínua
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNH	Política Nacional de Humanização

PPGenf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
RA	Região Administrativa
RASS-AD	Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOB	Sistema de informação de Orçamento Público em Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UN	<i>United Nations</i>
UnB	Universidade de Brasília
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	018
2 INTRODUÇÃO.....	020
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	023
3.1 TENDÊNCIAS NA ATENÇÃO A SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO EM CONSTANTE CRESCIMENTO.....	023
3.2 O DESAFIO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	030
3.3 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS: ATENÇÃO DOMICILIAR.....	036
3.4 IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES PARA GESTÃO NA SAÚDE.....	041
3.5 HOSPITALIZAÇÃO, DESHOSPITALIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE REHOSPITALIZAÇÃO.....	044
4 OBJETIVOS.....	050
5 MÉTODOS.....	051
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	051
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	051
5.3 POPULAÇÃO ALVO.....	052
5.4 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	053
5.5 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	053
5.5.1 Procedimento de coleta e variáveis.....	054
5.5.2 Processamento e análise estatística.....	054
6 RESULTADOS.....	055
6.1 MEMORIAL CRONOLÓGICO E MARCOS HISTÓRICOS.....	055
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	059
6.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ASSISTENCIAL.....	062
6.4 CONTRIBUIÇÕES PARA A DESHOSPITALIZAÇÃO.....	068
6.5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE REHOSPITALIZAÇÃO.....	071
7 DISCUSSÃO.....	073
8 CONCLUSÕES.....	090
9 REFERÊNCIAS.....	92
10 ANEXOS.....	112
10.1 ANEXO A.....	112
11 APÊNDICES.....	121
11.1 APÊNDICE A.....	121

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela temática coincide com o início da minha carreira como enfermeira, uma vez que meu primeiro emprego como enfermeira foi no serviço público, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), onde assumi o cargo de chefe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia (NRAD-CEI), em janeiro de 2009. Antes disso apenas havia trabalhado como técnica de enfermagem, em hospital militar, nos setores de quimioterapia, internação geral e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Portanto, assumir a implantação de um serviço de atenção domiciliar foi um duplo desafio, pois além de adentrar a desconhecida área da atenção domiciliar eu precisei aprender e dominar os diversos meandros e ferramentas da gestão em saúde. Foi um período de grande crescimento pessoal e profissional.

Logo no início das atividades do NRAD-CEI firmamos parceria com a Universidade de Brasília (UnB), na pessoa do Professor Dr. Emerson Fachin Martins, no intuito de vincular ensino-serviço-pesquisa e extensão na área da atenção domiciliar, nossas metas eram por um lado basear as ações de assistência domiciliar dos profissionais do NRAD-CEI em evidência científica e por outro, apresentar essa modalidade de atuação aos acadêmicos das disciplinas de saúde da Faculdade de Ceilândia (FCE), numa recíproca troca de experiências e conhecimentos tendo como meta comum divulgar e fortalecer a política de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com a consolidação desse serviço na Regional de Saúde de Ceilândia.

Nesse período o NRAD constituiu equipe multiprofissional que assumiu o desafio de implantar um programa de atenção domiciliar na maior regional de saúde da SES-DF, tal esforço tem logrado bons resultados na atenção a saúde de indivíduos com doenças crônicas, desde sua origem primando pela qualidade e pela promoção de princípios como integralidade, acesso e equidade em saúde por meio da atenção domiciliar.

Uma das características do NRAD-CEI é o forte envolvimento científico, sendo que até julho de 2013 foram desenvolvidos três edições do Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC), um Programa de Educação para o Trabalho (PET), em parceria com o Ministério da Saúde/ UnB/ NRAD e três servidoras iniciaram suas pós graduação, *stricto sensu*, nível mestrado, na UnB. A coordenação acadêmica dos projetos e orientação das servidoras, agora estudantes da pós-graduação da UnB foi feita pelo Prof. Dr. Emerson Fachin Martins.

Em pouco tempo o NRAD-CEI estabeleceu-se como uma das referências no serviço de atenção domiciliar no Distrito Federal (DF), e em 2011 iniciei meu curso de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UnB, com a meta de estudar dois relevantes indicadores assistências da atenção domiciliar que é o de promover desospitalização e prevenir reospitalização.

A experiência de atuação na atenção domiciliar nestes quase quatro anos me fez repensar e reconstruir todo o projeto profissional construído por mim durante toda a minha vida profissional. Na verdade eu não tinha ideia das possibilidades de atuação profissional tendo como cenário a casa, o lar de um indivíduo, não tinha noção de toda a estrutura necessária para a prestação desse tipo de cuidado, quão complexo pode ser a assistência no domicílio, bem como quão resolutivo, especialmente no serviço público de saúde. A atenção domiciliar tem sido uma experiência marcante não apenas profissionalmente, mas pessoalmente, como ser humano, é enriquecedora a relação com o indivíduo e família, isto me cativa cada dia mais, exigindo dedicação, estudo constante, resiliência e diversas competências profissionais, ..

Sou defensora inveterada por acreditar que é uma estratégia necessária no sentido de garantir e viabilizar o cumprimento dos princípios do SUS a uma parcela da população que necessita desse tipo de assistência, além de ampliar as possibilidades de atuação aos profissionais de saúde e otimizar os recursos existentes . Fato também é a carência de maiores investimentos em políticas públicas e pesquisas para o fortalecimento e consolidação dessa modalidade de atenção à saúde.

2 INTRODUÇÃO

Historicamente e antes mesmo da criação do SUS era possível localizar pesquisa que apontava para programas experimentais focados na atenção domiciliar de pacientes crônicos frente à grande quantidade de sujeitos hospitalizados desnecessariamente (hospitalização redundante – hospitalização evitável) que, além disso, estavam mais suscetíveis aos riscos decorrentes da internação hospitalar prolongada, ocupando leitos hospitalares com desperdício de recursos financeiros e humanos (CORDEIRO et al., 1977).

Mais de 30 anos depois, hoje no Brasil a internação domiciliar já conta com política pública que institui sua inserção no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c, 2013e, 2013f, 2013h, 2013i). Principalmente direcionada a sujeitos portadores de doenças crônicas em estado de dependência funcional, tal política de saúde se faz valer no Distrito Federal por meio do Programa de Internação Domiciliar (PID) implantado pelos NRAD (BRASIL, 2008a; 2008c).

Apesar da evolução histórica para assistência das condições crônicas, o manejo e controle dessas condições é um desafio que continua a dominar a agenda dos sistemas de atenção à saúde no mundo e no Brasil, visto que a prevenção e a cura para muitas doenças ainda não estão disponíveis e porque já existe uma grande parte da população vivendo com condições crônicas incapacitantes (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2011a; SCHMIDT et al., 2011; BAGSHAW et al., 2009; POT et al., 2009; RAVEN et al., 2009; RIZZI et al., 2009, TIBALDI et al., 2009; CORDEIRO et al., 1977).

Neste contexto, a promoção da saúde não deve limitar-se apenas à prevenção de doenças, mas também à prevenção de agravos consequentes às doenças crônico-degenerativas. Porém, se já é complicado promover a prática de ações preventivas mundialmente conhecidas como padrão de alimentação, níveis de atividade física, hábito de fumar, dentre outros; desafio maior ainda é colocar em prática ações preventivas secundárias pouco conhecidas, relacionadas à prevenção de agravos em pacientes portadores de doenças crônicas (CAMARGOS et al., 2009, 2008, 2005; GASPAR et al., 2007; HAM, 2012).

Uma série de doenças, embora menos suscetíveis a conduzir para morte prematura, são excessivamente onerosas em termos socioeconômicos por reduzir a produtividade e qualidade de vida, bem como por promover o sofrimento humano. Artrite, diabetes, asma, sequelas de acidente vascular encefálico, dentre outras são bons exemplos destas condições (WHO, 2013,

2011; BRASIL, 2011a; SCHMIDT et al., 2011; RIZZI et al., 2009; SINGH, 2008; MOCELIN et al., 2001).

O modelo de saúde no Brasil encontra sérios problemas neste cenário, pois tem como base organizacional a característica de ser fragmentado em especialidade, hospitalocêntrico, hierarquizado e estruturado para atender condições agudas acionadas pela demanda populacional. Assim, é comum observar nos hospitais condições sensíveis à atenção primária (CALDEIRA et al., 2011; MOURA et al., 2010; FERNANDES et al., 2009; ALFRADIQUE et al., 2009) que se somam às internações hospitalares de portadores de doenças crônicas que poderiam ser alocadas em serviços de internação domiciliar (MENDES EV, 2012; SOUZA e COSTA, 2011; MOREIRA e DULTILHNOVAES, 2011; TIBALDI et al., 2009; DAL BEN et al., 2006; MESQUITA et al., 2005; SILVA et al., 2005).

Além disso, observa-se que apesar da competência no tratamento das doenças, a assistência hospitalar tornou-se ineficaz na resolutividade de algumas delas, elevando a média de permanência dos pacientes internados e os episódios de rehospitalizações (MENDES EV, 2012; DUTRA et al., 2011; GARBINATO et al., 2007) e favorecendo a reinternação dos mesmos sem sanar o problema que motivou à internação (ESTRELLA et al., 2009; GUERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007; PEIXOTO et al., 2004) .

Desta forma, o PID representa uma estratégia na reversão da atenção centrada nos hospitais e proporciona a elaboração de uma nova sistemática de atenção em saúde e na humanização desta atenção (SILVA KL et al., 2010; FEUERWERKER E MERHY, 2008; REHEM e TRAD, 2005; SILVA et al., 2005) . Entende-se que a análise de programas em funcionamento deve contribuir para a definição de políticas públicas de saúde e para o aperfeiçoamento dos serviços já implantados, rumo à efetividade dos princípios do SUS.

A relevância do estudo se deve ao fato que atenção domiciliar tem ressurgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, caracterizadas pelo envelhecimento populacional e pela prevalência de doenças crônicas (SERAFIM et al., 2011; RAVEN et al., 2009; POT et al., 2009; VECINA NETO e MALIK, 2007; LACERDA, 2006; CLARCK, 2003; AMARAL, 2001).

A análise dos limites e possibilidades em desospitalizar pacientes com condições crônicas, bem como a prevenção de rehospitalizações dos mesmos, representa conhecimento não suficientemente pesquisado que poderá auxiliar no planejamento e implantação das atuais políticas públicas de saúde, bem como no estabelecimento de futuras políticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TENDÊNCIAS NA ATENÇÃO A SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO EM CONSTANTE CRESCIMENTO

A atenção à saúde passa por um momento de reengenharia, principalmente empenhada na busca para responder às demandas provenientes das duas grandes transições populacionais decorrente do crescimento humano que impactaram diretamente a maneira de promover saúde: (1) a transição demográfica e (2) a transição epidemiológica (VASCONCELOS et al., 2012; OPAS, 2012; VERAS, 2009; ALVES, 2008, 2004; VECINA NETO e MALIK, 2007).

Embora o crescimento populacional seja preocupação presente desde os primórdios da humanidade, como constatado em obras de Platão, Aristóteles, Cícero e Confúcio (KIELING, 2009) é na história recente que governos pelo mundo começaram a mobilizar ações no sentido de combater os problemas gerados por este crescimento, que representa um grande desafio para os serviços de assistência à saúde (MENDES EV, 2012; KIELING, 2009; VECINA NETO e MALIK, 2007; WONG e CARVALHO, 2006).

Levantar questões relativas ao crescimento populacional requer plena compreensão do papel e significado do termo demografia que segundo informa ALVES (2003, p.131):

O termo foi utilizado pela primeira vez em 1855 pelo pesquisador belga Achille Guillard. Do ponto de vista etimológico, a palavra demografia é formada a partir de dois vocábulos gregos: *dámos* (demo), que quer dizer povo, população ou povoação, e *gráphein* (grafia), que quer dizer ação de escrever, descrição ou estudo. Portanto, o objeto da Demografia é a análise das populações humanas e suas características gerais. Mais especificamente, a Demografia estuda o tamanho da população, sua composição por sexo e idade e sua taxa de crescimento (positiva ou negativa). A Demografia se autodefine como ciência, tendo como um dos seus objetos de estudo os problemas populacionais.

Conceituado Demografia, fica claro entender que a importância da transição demográfica acelerada se dá por seu resultado direto no aumento da longevidade, considerando a equação composta pela queda da mortalidade e pela redução da natalidade (ALVES, 2008).

Este novo comportamento da mortalidade e natalidade influenciou diretamente a alteração da estrutura etária da pirâmide populacional em âmbito mundial. Se no passado envelhecer era raro e até mesmo um privilégio, hoje é característica presente e comum para milhões de cidadãos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (UM, 2013^a, 2013^b; TURRA, 2012; CHRISTENSEN et al., 2009; KIELING, 2009).

Um mesmo comportamento etário pode ser observado e estimado no período de 1950 a 2050 para países caribenhos e da América Latina quando comparado ao Brasil (UN, 2003). A transição ocasionada pela diminuição da base da pirâmide decorrente da redução da natalidade e o alargamento do seu topo causado pela queda na mortalidade e aumento da longevidade, conforme observado na figura 1, ilustra o que já é presenciado em 2013 e o que irá acontecer até 2050 (UN, 2013b, 2005, 2003)

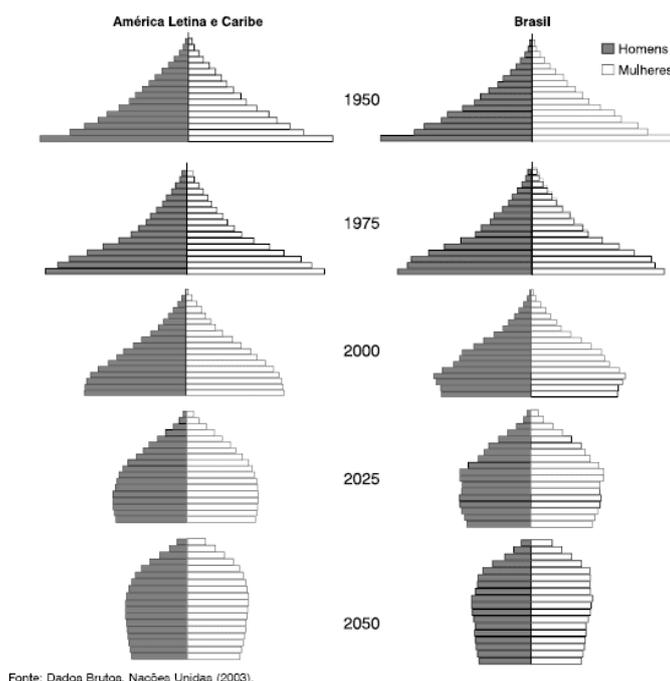


Figura 1. Pirâmide etária Brasil, América Latina e Caribe de 1950-2050 (WONG e CARVALHO, 2006).

Muitos aspectos são considerados contribuintes na queda da mortalidade e consequente longevidade observada nas populações, dentre eles são citados os avanços biotecnológicos na saúde, as estratégias e programas de saúde pública, o maior acesso a saneamento básico, crescente desenvolvimento socioeconômico e das forças produtivas, um maior acesso a bens e serviços, melhorias que resultam em aumento na renda familiar e qualidade de habitação, bem como mudanças no acesso à alimentação de qualidade que influencia diretamente na qualidade de vida (TURRA, 2012; KIELING, 2009).

Com relação à redução da natalidade e taxa de fecundidade, existe uma teoria, conhecida como teoria da modernização, que afirma que as taxas de fecundidade permaneceram altas por longo período, mesmo após o processo de urbanização e

industrialização, o que possibilitou melhoria no padrão de vida, maior acesso aos bens e serviços e crescimento econômico (KIELING, 2009; ALVES, 2002; NOTESTEIN, 1945).

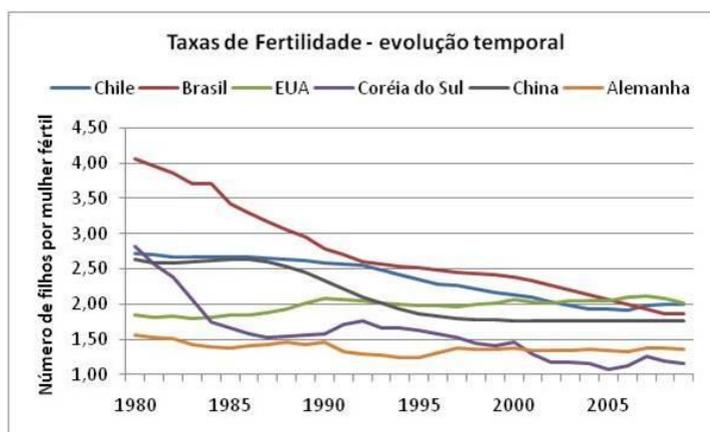
A manutenção em alta das antigas taxas de fecundidade se dava pela influência dos períodos de guerra e epidemias que provocava grande mortalidade, levando instituições a estimularem a natalidade (KIELING, 2009).

Tal prática era vista nas ações do próprio Estado que criavam leis e normas. Estímulo à fecundidade também era influenciada no processo educativo; pela igreja por meio das crenças e costumes; bem como pelas próprias famílias que atendiam a ideologia de manter grande quantidade de filhos (KIELING, 2009; ALVES, 2008; BRITO, 2007).

Após algum tempo estas crenças e tabus em relação à quantidade de filhos foi superada e inaugurou-se um novo tempo onde o controle da natalidade foi progressivamente adotado e facilitado pelo acesso a meios reguladores da fecundidade (KIELING, 2009; BRITO, 2007; ALVES, 2004). Relatos como o transcrito abaixo reforçam esta visão:

A transição da fecundidade é um fenômeno social da maior importância, pois, além de afetar a dinâmica do crescimento demográfico, afeta a estrutura etária da população, com grandes consequências sobre o relacionamento entre as gerações e os diversos grupos de idade. As mudanças da estrutura etária transcendem os aspectos demográficos, afetando as políticas de educação, saúde, emprego e previdência, tendo profundo efeito sobre o processo de planejamento socioeconômico do país e sobre as políticas públicas (ALVES, 2004, p.12)

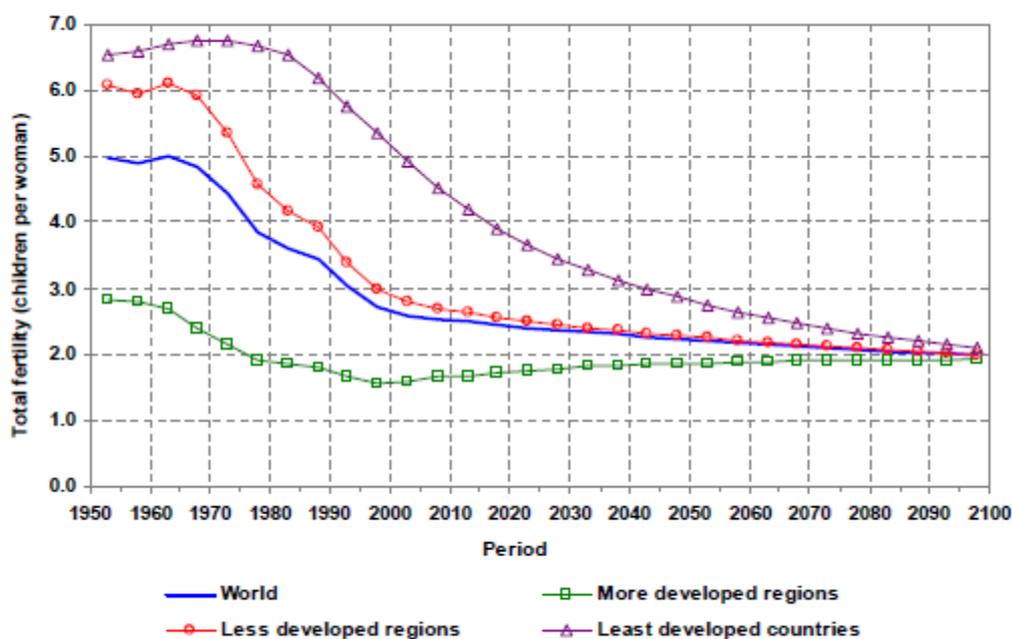
A evolução temporal da taxa de fertilidade observada no período de 1980 a 2005 aponta dentre seis países que o Brasil era, em 1980, o país com a maior quantidade de filhos por mulher (figura 2). Entretanto, com o passar dos anos, esse indicador foi diminuindo, até que em 2005 a população brasileira passou a ser constituída por mulheres com menos de dois filhos, ficando abaixo de países como o Chile e os Estados Unidos.



Fonte: UN (2005)

Figura 2. Evolução temporal das taxas de fecundidade do Chile, Brasil, Estados Unidos da América (EUA), Coréia do Sul, China e Alemanha.

Mesmo frente às diferenças econômicas e sociais em todo o mundo, há uma similaridade nas taxas de fecundidade, com projeções de redução mundial do número de filhos por mulheres, tanto em países desenvolvidos como nas nações mais pobres, como mostra o último relatório mundial da UN (2013b) da figura 3.



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: United Nations.

Figura 3. Trajetória de involução da fertilidade no mundo e por grupo selecionado de regiões mais e menos desenvolvidas e de países com desenvolvimento classificado como mínimo. Dados e projeções de 1950-2100 (variação média)

Associado ao exposto observa-se que a expectativa de vida tem se alongado quase que linearmente na maioria dos países desenvolvidos e sem sinais de desaceleração. Em países onde a população tem maior longevidade como os da Europa Ocidental, Europa Oriental, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Japão; a expectativa para crianças nascidas a partir do século XX, caso se mantenha o atual nível de crescimento anual, pode chegar aos 100 anos de idade (UN, 2013b; TURRA, 2012; CHRISTENSEN et al., 2009).

Análises feitas por demógrafos (OEPPEN e VAUPEL, 2002), tomando como base regiões com maior índice de longevidade e considerando um período de quase dois séculos demonstraram que a expectativa de vida ao nascer, entre as mulheres, cresceu linearmente cerca de três meses a cada ano.

Entre os cientistas que estudam a transição na estrutura etária existem os chamados “futuristas” que argumentam que a taxa de desenvolvimento tecnológico irá avançar ainda neste

século, permitindo que se alcance a imortalidade dentro de 40-50 anos. No outro lado do debate, há os chamados “realistas”, grupo defensor da ideia da existência de barreiras biológicas e ambientais para a continuidade da regularidade histórica de queda da mortalidade. Sua proposição é que a diminuição no ritmo de crescimento da expectativa de vida ao nascer ocorrerá, por exemplo, pelo aumento na prevalência de comportamentos de risco na população jovem (obesidade, tabagismo, sedentarismo), pela violência urbana e pelos efeitos da poluição sobre a saúde (OEPPEN E VAUPEL 2002; OLSHANSKY et al., 2009; TURRA, 2012).

A partir da extrapolação de séries históricas, a expectativa de vida ao nascer feminina atingirá um século de vida no país recordista em longevidade, ainda em 2060, segundo Oeppen e Vaupel (2002). Esta visão é compartilhada pela maioria dos demógrafos, embora não seja consenso.

Assistimos a um acelerado crescimento populacional, em que se observa no ano de 1800 uma população global em torno de um bilhão de habitantes que cresceu hoje para números que ultrapassam os oito bilhões de habitantes, tudo isso em cerca de duzentos anos (TURRA, 2012).

Apesar da boa notícia do envelhecimento populacional, há uma preocupação com a qualidade deste envelhecimento. Há várias décadas pesquisadores e formuladores de políticas no mundo todo têm se preocupado com o processo de envelhecimento saudável, a senescência (TURRA, 2012; IBGE, 2011; POULAIN, 2010; MORAES, 2008).

É fato a maior prevalência de deficiência nesta população e a maior demanda e custos na atenção desta parcela da população. Maior longevidade pode significar mais anos de incapacidade, perda de autonomia e demanda por cuidado. Se por um lado os avanços tem propiciado maior longevidade isso não é garantia de funcionalidade, independência e autonomia (CAMPOLINA et al., 2013; URSINE et al., 2011; CAMARGOS et al., 2008, 2009; BONARDI et al, 2007).

A expressão transição demográfica, originalmente *Demographic Transition Model*, foi inicialmente proposta em 1929, pelo norte americano Warren Thompson, na busca de tentar explicar a queda na mortalidade e natalidade, que ocasionou aumento da longevidade. Ela foi entendida como o estudo das modificações que ocorrem nas populações humanas desde o período das altas taxas de nascimento (natalidade) e altas taxas de mortalidade, até os períodos de baixas taxas de nascimento e mortalidade (THOMPSON, 1929).

Em sua construção teórica, Thompson (1929), defendia três etapas nessa transição: a primeira, em que a taxa de mortalidade cai e a taxa de natalidade permanece elevada, provocando um rápido crescimento da população; a segunda, etapa em que a taxa de natalidade começa a cair, o que reduz progressivamente o crescimento populacional e a terceira etapa, quando tanto a taxa de natalidade quanto a de mortalidade mantêm-se baixas, resultando em lento crescimento demográfico.

Associado a essa mudança demográfica temos a transição do perfil epidemiológico que, segundo Mendes EV (2012), pode ser entendida conforme transcrito abaixo:

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde (MENDES EV, 2012, p.33)

O entendimento da atual situação sanitária é imprescindível para elaboração de estratégias eficazes, capazes de garantir acesso, qualidade, sustentabilidade e equidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem incorporando paulatinamente essa nova tipologia, que melhor representa o cenário de saúde, não se restringindo ao binômio de doença crônica-doença infecciosa, mas utilizando terminologia ampla que melhor representa a demanda e possibilita uma gestão e organização dos sistemas de atenção à saúde em que o termo condição em saúde pode ser referente tanto à crônica como a aguda (WHO, 2013, 2011, 2008, 2005, 2003).

É fato que algumas doenças agudas, após a incorporação das biotecnologias em saúde, passaram a evoluir com curso longo, tornando-se condições crônicas, como é o caso da tuberculose, a AIDS, a hanseníase, entre outras. Por isso, a categorização baseada nas condições de saúde tem sido utilizada por ser mais representativa da atual realidade em saúde. Estas tipologias trazem em si a complexidade da atenção à saúde e refletem novas demandas que exigem inovadoras formas de prestação de cuidado (WHO, 2003). Há dois elementos chave para entendimento deste conceito de condição de saúde, a forma de enfrentamento e o tempo de duração. A forma de enfrentamento corresponde à maneira pela qual a organização

de saúde e os próprios usuários do sistema de saúde tratam a questão saúde, se de forma episódica ou reativa, com foco nas doenças e na queixa-conduta ou se contínua, proativa e focada nas pessoas e famílias por meio de cuidados permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias (MENDES, 2011; MENDES EV, 2012; CAMARGOS et al., 2009, 2005).

Ainda, em relação às condições de saúde, outra variável importante a ser considerada é o tempo de evolução, onde as condições agudas geralmente evoluem em curto período de tempo, inferior a três meses e tendem a se autolimitar. As condições crônicas evoluem em período maior, sendo relativamente longo (superior a três meses) e geralmente se apresentando de forma definitiva e permanente (MENDES EV, 2012; SINGH, 2008; VON KORFF, 1997).

Se no início do século a mortalidade, em sua maioria, era por doenças infecciosas; hoje temos um novo e complexo cenário, caracterizado por tripla carga de doenças oriunda das relações entre doenças infectocontagiosas e doenças crônicas (MENDES EV, 2012; SCHMIDT et al., 2011; VECINA NETO e MALIK, 2007).

Atualmente permanece a antiga agenda, ainda não superada de doenças infectocontagiosa. Há uma agenda relativamente nova, gerada pelo progressivo aumento da morbimortalidade ocasionado pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas às causas externas. Finalmente uma agenda recente, proveniente de uma carga importante de enfermidades que faziam parte da agenda antiga (doenças infectocontagiosas como dengue, tuberculose), somado a moléstias infectocontagiosas emergentes (AIDS, hantavíroses, doenças espongiforme humana) que apesar do caráter de doença infecciosa já não causa os mesmos danos letais, sendo controlada por longo período quando é assumido o tratamento específico. Tais fatores (agendas) impactaram diretamente no consumo dos serviços de saúde, o que forjou um novo perfil de morbimortalidade cujas velhas respostas já não resolvem as novas questões. Diante deste cenário epidemiológico é necessário maior recurso tecnológico, financeiro, humano e estrutural para alcançar resultados efetivos na atenção a saúde (WHO, 2013; MENDES EV, 2012; MENDES, 2011; VECINA NETO e MALIK, 2007).

Ao revisarmos a história da atenção à saúde nos deparamos com um modelo hospitalocêntrico onde as instituições eram originalmente organizadas para atendimento de problemas agudos e episódicos, como as doenças infectocontagiosas, as urgências e os pontuais procedimentos cirúrgicos (MENDES EV, 2012; MALTA e MERHY, 2010; VERDI et al., 2010; BITTENCOURT, 2010; BITTENCOURT e HORTALE, 2009; MERHY, 2005).

Entretanto, este modelo de saúde, centrado na problemática aguda, tornou-se obsoleto e ineficaz diante da atual agenda de tripla carga de doenças. Transpor os limites do antigo modelo é condição *sine qua non* para garantir eficácia, equidade e sustentabilidade na saúde (DUARTE e BARRETO, 2012; GADELHA et al. 2012; MENDES EV, 2012; CAMARANO, 2010; VECINA NETO e MALIK, 2007; REHEM e TRAD, 2005).

A boa notícia é que, apesar dos desafios importados do século passado, houve também avanços nas ciências da saúde com a implementação de biotecnologias, a evolução da saúde coletiva, a ampliação das categorias profissionais, o crescimento da pesquisa científica, o que potencializou a resposta aos novos desafios (CAMPOLINA et al. 2013; DUARTE e BARRETO, 2012; BARCELÓ et al., 2012; VECINA NETO e MALIK, 2007; CAMARANO, 2010; MERHY, 2005; ROBINE et al, 2004; WHO, 2003)

3.2 O DESAFIO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) apontou as condições crônicas em saúde como um dos maiores desafios do século. Elas já são a maior causa de morte no mundo, sendo considerada uma epidemia global (WHO, 2013, 2011, 2004; BRASIL, 2011a, 2008b).

As condições crônicas englobam todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde, incluem nessa categoria condições como diabetes, problemas cardiovasculares, problemas respiratórios, câncer, depressão, esquizofrenia, AIDS, deficiências físicas permanentes e condições que exigem atenção dentro dos ciclos de vida como condições perinatais (gravidez e infância), atividade laboral, entre outras (VASCONCELOS, 2012; MENDES, 2012; MENDES EV, 2011; CAPILHEIRA e SANTOS, 2011).

As condições crônicas são um problema de saúde complexo, pois além de exigirem um gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, o que gera um alto custo financeiro (MENDES EV, 2012; SCHMIDT et al., 2011; VERAS, 2009; LINCK, 2008; BARRETO e CARMO, 2007).

Considerando todas as mortes no mundo em 2008, num total de 57 milhões de óbitos, mais da metade desses, ou seja, 63% se deram por condições crônicas, com destaque para doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças crônicas respiratórias, eleitas como prioridade para o enfrentamento em âmbito global tanto pela Organização das Nações Unidas

quanto para a Organização Mundial de Saúde. . Do total das mortes registradas, cerca de 80% ocorreu em países de baixa e média renda, onde 29% dos indivíduos têm menos de 60 anos de idades. Em contrapartida nos países desenvolvidos, com maior renda, apenas 13% foram mortes prematuras. Tais dados comprovam a grande iniquidade gerada pelas condições crônicas com maior prejuízo nos países menos desenvolvidos (WHO, 2013,2011, 2008; SCHMIDT et al., 2011).

Determinantes sociais influenciam diretamente na origem e evolução das condições crônicas, com especial ênfase para fatores como as desigualdades sociais, a baixa escolaridade, as dificuldades no acesso às informações, o baixo acesso a prevenção em todos os níveis de atenção e promoção da saúde, além de fatores de risco modificáveis como etilismo, tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados (ANTUNES et al., 2013; BUTLER et al., 2012; QUEIROGA et al., 2012; WHO, 2011; MUKAI et al., 2009, WHO, 2009; CRIGHTON et al., 2007).

Além do ônus para o Estado, há custos psicoemocionais e financeiros para a população, família e individualmente para os cidadãos decorrentes das condições crônicas. A expectativa é de que até o ano de 2020, as condições crônicas (incluindo tanto as doenças como as sequelas oriundas de traumas) e os distúrbios mentais serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (SCHMIDT et al., 2011).

Há um impacto econômico causado pelas condições crônicas, percebido tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Entretanto, nos países de baixa e média renda, detecta-se um círculo vicioso em que os mais afetados pelas condições crônicas são pobres e isso aumenta ainda mais a pobreza, gerando maior custo econômico para as famílias, a sociedade, os sistemas de saúde e o estado (WHO, 2003).

Estes custos são diretos, quando se trata de internações, medicamentos, insumos, tratamentos ambulatoriais; mas também eles podem ser indiretos, relativos à prestação de serviços, perda de produção devido ao recurso humano, aposentadorias precoces e benefícios sociais, o que impacta negativamente no desenvolvimento macroeconômico (UN, 2013a; THEODORE, 2011, WHO, 2011).

A importância da política de enfrentamento das condições crônicas se dá frente ao assombroso cenário que prevê uma redução de 0,5% a 1% do Produto Interno Bruto (PIB) em países como Brasil, Canadá, Paquistão e Nigéria nos próximos anos. Há estimativas conservadoras por parte da OMS quanto ao impacto negativo das condições crônicas no crescimento econômico brasileiro, apontando que as perdas na força de trabalho e a

diminuição da renda e poupança familiar levarão a uma perda econômica na ordem de U\$ 4,18 bilhões no intervalo dos anos de 2006 a 2015 (SCHMITD et al., 2011; BRASIL, 2011a; WHO, 2011, 2005, 2003; JACINTO et al. , 2010).

Para o enfrentamento deste desafio é necessário uma reestruturação dos sistemas de saúde, tanto no nível macro (políticas), no meso (organizações de saúde e comunidade), quanto pelo nível micro (interações do paciente). Além da estratégia local, tem sido fomentada uma estratégia mundial para enfrentamento deste problema, concatenando vários setores de modo a estabelecer ações coordenadas com metas que contemplam o cenário saúde, política e economia (WHO, 2011, BRASIL, 2011a).

Nas últimas décadas, no Brasil, as condições crônicas passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar. O enfrentamento de tal questão exige uma interação multissetorial, com políticas públicas bem estruturadas em todos os níveis, articulando os diversos atores envolvidos (ANTUNES et al., 2013; BRASIL, 2011^a, 2010; MOREIRA e DUTILHNOVAES, 2011; ALFRADIQUE et al., 2009, GONÇALVES et al., 2007; RICCI et al., 2005; PEIXOTO et al., 2004; MONTEIRO , 2004).

A projeção é que a principal causa de incapacidade no mundo, até o ano 2020, será alguma das condições crônicas e, caso tais condições não sejam bem gerenciadas, representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde. Este é um fator de preocupação global, pois o aumento das condições crônicas impacta diretamente no crescimento econômico e no desenvolvimento das nações, sendo gerador de iniquidades sociais que contrariam os princípios do SUS (, BARROS, 2012; THEODORE, 2011; WHO, 2010, 2003).

Esta relação das condições crônicas com o crescimento econômico e com o aumento da pobreza eleva a problemática relacionada ao desafio das condições crônicas para além de uma questão sanitária, tornando-se uma questão social e, portanto, uma questão política. Diante disto, em 2011, foi convocada uma reunião pela Organização das Nações Unidas (ONU) para programar um plano global de enfrentamento das condições crônicas. Historicamente esta foi a terceira vez que a ONU convocou uma reunião para discutir um plano global cujo tema era condição de saúde, anteriormente a agenda tinha sido poliomielite e HIV/AIDS, ou seja, discussão de enfrentamento de doenças. Tal ato representa a magnitude

desta problemática, evidenciando que seu enfrentamento exige uma organização multidimensional (WHO, 2011; SCHMIDT et al., 2011, BRASIL, 2011a).

Como proposta de resposta para tal demanda, foi lançado pelo Ministério da Saúde no Brasil em 2011 o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011-2020, em resposta a convocação da ONU e como estratégia para reversão da atual pandemia das condições crônicas (BRASIL, 2011a).

O plano propôs intervenções que possibilitaram um melhor enfrentamento das condições crônicas, definiu e priorizou ações e investimentos para melhor controle das mesmas no prazo de 10 anos. Foram priorizadas quatro condições crônicas: as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, o diabetes e o câncer (MALTA e SILVA JÚNIOR, 2013; DUNCAN et al., 2012; BRASIL, 2011a).

Apesar da discussão sobre condições crônicas, ainda ficou pouco discutida a questão do grande número de indivíduos com condições crônicas estabelecidas, que convivem com inúmeras comorbidades e somado a tais condições, convivem ainda com sequelas ou agravos (MONTEIRO et al., 2013; CECCON et al., 2013; CAMPOLINA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2012; URSINE et al., 2011; HAM, 2007; GASPAR et al., 2007).

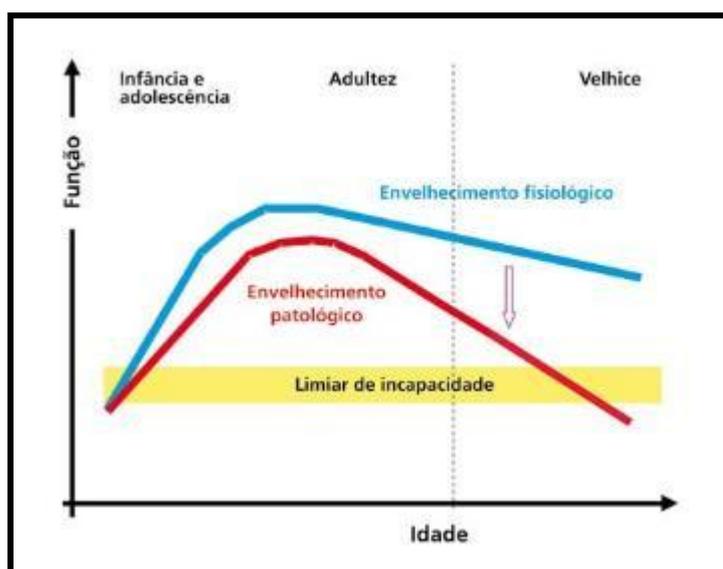
O indivíduo portador de uma condição crônica, convive geralmente com perda da integridade estrutural e funcional do corpo, bem como limitação em maior ou menor grau das atividades globais da vida, devido a uma reduzida capacidade ou mesmo por incapacidades para realização das Atividades de Vida Diária (AVD), restrição da participação em atividades sociais, essa sequela causa ônus para o indivíduo, família e para o próprio Estado (GRATÃO et al., 2013; CAMARGOS et al., 2009).

Como já introduzido na seção anterior, ao discutir os problemas gerados pelo crescimento populacional, ao celebrar-se o aumento da expectativa de vida brasileira, que já supera os 74 anos de vida na maioria das regiões do país (IBGE, 2012), é preciso considerar o tempo de vida com qualidade, pois há estimativas de que apenas 59,6 destes anos são efetivamente vividos em condição saudável (IBGE, 2011). Tal dado é alarmante, pois apesar de já haver políticas específicas para a população idosa (BRASIL, 2003) não temos consolidada políticas públicas de saúde que atendam integral e equitativamente esta parcela da população.

Mesmo que o tempo a ser vivido com incapacidade funcional seja menor que o vivido livre dessas condições é preciso pensar na demanda de cuidado requerida por esta população. Afinal, em média, um brasileiro de 60 anos vai demandar de 3,5 anos de acompanhamento para alimentar-se, tomar banho e/ou ir ao banheiro, o que

refletirá diretamente nos gastos para atender a necessidade de cuidado e reabilitação, bem como no dia-a-dia da sua família ou na necessidade de inserção em uma instituição de longa permanência. Este tipo de discussão reforça a ideia que, tanto para o idoso como para a sua família, a sociedade e o Estado, os investimentos em prevenção, que sejam capazes de reduzir o tempo vivido com incapacidade, são ainda a melhor solução para reduzir custos e ampliar a qualidade de vida nos anos remanescentes (CAMARGOS et al, 2008, p10).

A figura 4 ilustra melhor esta problemática, nela é possível observar a funcionalidade humana em função da idade. Esta funcionalidade é definida com quantidade de função, sendo estabelecida uma faixa de quantidade de função definida como limiar de incapacidade. Quando o sujeito encontra-se nesta faixa de quantidade de função ele necessita de cuidados próprios das condições crônicas. Em tese, o envelhecimento fisiológico (senescência) não permitirá que o indivíduo alcance este limiar de incapacidade, diferente do envelhecimento patológico (convalescência) que é mais comum, em que o idoso adentra o limiar de incapacidade.



Fonte: Moraes (2008).

Figura 4. Relação entre quantidade de função e idade observada nos ciclos da vida e ilustrando diferenças entre envelhecimento fisiológico e patológico. A linha vertical descontinua indica o limite entre vida adulta e idosa e a faixa amarela definiu o limiar de incapacidade com base na quantidade de função.

As informações sobre condições crônicas impulsionam a necessidade de estudos que discutam as possibilidades de respostas aos desafios advindos das sequelas e agravos decorrentes destas condições. Ainda são escassas as políticas públicas, os programas sociais e de saúde voltados para este público (CAMPOLINA et al., 2013; BAGSHAW et al., 2009; LINCK et al., 2008; BARRETO e CARMO, 2007; BONARDI et al., 2007, GASPAR et al., 2007).

Estratégias de prevenção primária e secundária existem (BARCELÓ et al., 2012; RIBEIRO et al., 2012, MALTA e MERHY, 2010; POT et al., 2009; SINGH, 2008; WONG e CARVALHO, 2006), mas faltam ainda ações e programação consistente para a prevenção terciária (BARRETO e CARMO, 2007; BONARDI, et al., 2007).

No aspecto clínico e assistencial, essa população de pessoas que necessita de prevenção terciária é por alguns denominada de “pacientes de vidro”, devido a fragilidade observada e a necessidade de minucioso cuidado e atenção contínua para a manutenção da estabilidade clínica (URSINE et al., 2011; DEL DUCA et al., 2012, CAMARGOS et al., 2009, 2003).

A população dos “pacientes de vidro” pouco aparece nas estatísticas oficiais, ficando geralmente restrita em instituições de longa permanência ou em seus lares (DUNCAN et al., 2012; FLORIANI e SCHRAMM, 2004; TORRES et al., 2009). Nem mesmo os indicadores de saúde representam bem esta população, os indicadores de morbimortalidade usualmente utilizados não são capazes demonstrar ou traduzir suas peculiaridades (SOUZA e CORREIA, 2010; SILVA BCN, 2010).

Compõe grande parcela dessa população frágil os indivíduos idosos. Nota-se que discutir a temática do idoso, por si só, não garante promoção de saúde para esta população. É preciso incluir a temática condição crônica. São necessários instrumentos para avaliar além da quantidade a qualidade do envelhecimento populacional. Várias propostas de avaliação da longevidade existem (BRASIL, 2013d, CAMPOLINA et al., 2013; VERAS, 2009), mas não representam adequadamente esta população em termos de informar sobre suas condições de saúde.

Estimativas de expectativa de vida saudável são exemplos de indicadores que tem capacidade de avaliar o envelhecimento integralmente (CAMPOLINA et al., 2013; DEL DUCA et al., 2012; IBGE, 2012, 2009). Tal informação é relevante pela capacidade de ser preditor de saúde e de consumo de serviços, bem como por incluir nesse amplo debate das condições crônicas, alguns fatores como funcionalidade, incapacidade e autonomia.

Iniciativas como esta são positivas, pois lançam um olhar profundo no cenário epidemiológico e demográfico, demonstrando que há potenciais respostas capazes de promover, aperfeiçoar ou manter a funcionalidade dos indivíduos e lançar luz aos aspectos relacionados ao cuidar dos indivíduos que sobrevivem a enfermidades cronicamente. Diversos estudos relacionam a longevidade com as deficiências e incapacidades, indicando que embora a população esteja vivendo mais, ela não têm vivido tão bem (CAMPOLINA et al. 2013;

IBGE, 2009; CAMARGOS et al., 2009, 2008, 2005, GASPAR et al., 2007; RAMOS, 2005; PASCHOAL, 2002).

Vários estudiosos dessa temática, em destaque aqui Camargos e colaboradores (2005), provocam ao indagar quem cuidará dessa população crescente e ao questionar como serão vividos estes anos extras do aumento da expectativa de vida. É um desafio saber quem, como e onde serão assistidos esses indivíduos que são produto das grandes transições da saúde e que apresentam complexidades diversas e necessidades prementes.

3.3 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS: ATENÇÃO DOMICILIAR

Revisando a história da humanidade, desde os primórdios da escrita, há registros de cuidado a saúde. Mesmo nas mais remotas referências em saúde há descrição desse tipo de cuidado ao ser humano (BARROS, 2012). Ao longo do tempo esses cuidados foram mais bem definidos e consolidados quanto ao local onde a assistência era oferecida, quem era o cuidador e como era realizada tal assistência. Esse cuidado foi sistematicamente sendo organizado em três modalidades de atenção a saúde: (1) hospitalar, (2) ambulatorial e (3) domiciliar (BARROS, 2012, LACERDA et al., 2006; AMARAL et al., 2001).

Antigos registros egípcios apresentam a figura de Imhotep, indivíduo polivalente que desenvolvia atividades na área da medicina, arquitetura e direito; esse então considerado médico primitivo surge no período do século XIII aC, na terceira dinastia do Egito Antigo e atendia a população tanto em locais específicos para o cuidado em saúde, que seria uma espécie de ambulatório ou hospital, como também no domicílio, tendo entre seus pacientes domiciliares o próprio Faraó (BARROS, 2012; SILVA et al., 2005).

Na Grécia, destaca-se o médico Asklépios, que atendia seus pacientes tanto em suas casas como em templos, que dispunham de insumos e medicamentos para os tratamentos dos doentes, sendo esta estrutura similar a do atual sistema hospitalar (BARROS, 2012; ROONEY, 2012; AMARAL et al., 2001).

O próprio pai da medicina, Hipócrates, em seu tratado sobre ares, águas e os lugares, datado do século V aC, destacava a residência como um lugar adequado e propício para o cuidado da saúde (ROONEY, 2012; CAIRUS e RIBEIRO JUNIOR, 2005).

Influência religiosa também é observada tanto no cuidado a saúde que era feito no ambiente hospitalar quanto no domiciliar. Entre o século XVI e XVII, o religioso São

Francisco de Sales, que fundou a ordem da virgem Maria, e São Vicente de Paula, padre francês que junto a viúva Luisa de Marillac fundou o Instituto das filhas da caridade ou Ordem das irmãs da caridade, primando pelo cuidado a saúde institucionalizado em conventos e casas de acolhimento, onde eram oferecidos cuidados para os mais pobres como obra de caridade, cuidados de higiene, conforto e alimentação. Além de realizarem visitas nas paróquias, este atendimento era expandido para os domicílios dos enfermos pobres (MEZZADRI, 1996; DODIN, 1979; CASTRO, 1957).

Segundo Augusto e Franco (1980), neste período a ordem vicentina, adotava um manual denominado: Manual das filhas da Caridade, que destinava um trecho a orientações quanto a visitas domiciliares, sob o título, A procura de doentes, onde afirmava:

- “1. [...] nada equivale a uma visita de enfermagem domiciliar, repetida todos os dias em horas diferentes.
2. Se por acaso vos fecharem as portas, retirai-vos sem nada dizer.
3. Diante de uma companhia duvidosa (família desajustada, pessoa de outra religião) ir diretamente ao doente, cumprimentando-o simplesmente.
4. Ocupar-se exclusivamente do doente, agir como se estivesse sozinho, não escutar nada e nem olhar para nada.
5. Terminados os cuidados e as determinações feitas, sair rapidamente.
6. Desconfiar de um homem só, doente.
7. Conforme as doenças, elas darão remédios, farão sangrias, lavagens e outros medicamentos.
8. Reclamar sempre a receita antes de começar a lê-la atentamente até o fim [...]
9. Em todos os cuidados pedir uma pessoa da família ou vizinha sempre à mesma, para auxiliá-la, a fim de fazê-los melhor e mais depressa com menor sofrimento para o doente.” (AUGUSTO E FRANCO, 1980, p.51)

Esta ação da ordem das irmãs da caridade representa o início da sistematização da atenção domiciliar (PEREIRA, 2001). Neste mesmo período os médicos realizavam o cuidado domiciliar para a população mais abastada, com maior poder e recursos financeiros. Na Europa, durante o período do Iluminismo, os cuidados domiciliares foram adotados com entusiasmo refletindo a valorização da saúde pública, com práticas que iam do atendimento hospitalar a visita domiciliar (AMARAL et al., 2001; BARROS, 2012, REINALDO E ROCHA, 2002).

Até mesmo a homeopatia deixou sua contribuição inicial à atenção domiciliar, quando ao final do século XVII, seu fundador Samuel Hanneman passou a realizar atendimentos nas casas dos enfermos, com a firme crença de que ao médico cabia lutar contra a enfermidade, onde fosse necessário. Durante a visita domiciliar ele permanecia ao lado do paciente em seu domicílio a maior parte do tempo possível (PAZ e SANTOS, 2003; AMARAL et al., 2001; TAVALORI et al., 2000).

Um dos primeiros marcos históricos, no princípio da sistematização da atenção domiciliar, que inaugurou uma nova fase nessa modalidade de atenção, foi o Dispensário de Boston no ano de 1976, atualmente denominado de *New England Medical Center*. Ainda nos Estados Unidos, no ano de 1850 teve início outra organização que ajudou a consolidar a atenção domiciliar internacionalmente, tendo como precursora Lilian Wald, visando promover ações de saúde em domicílio, sendo conhecido depois como *Public Health Nurse*. Este movimento foi crucial para lançar as bases dos atuais programas de atenção domiciliar no mundo, influenciando também os movimentos públicos de saúde (AMARAL et al., 2001; PEREIRA, 2001; MONK-TUTOR, 1998).

Importante também foi a contribuição de William Rathbone, na Inglaterra, por volta do ano 1850, que se sensibilizou quanto ao cuidado domiciliar, após ter sua esposa cuidada por Mary Robson e a partir disso buscou estender esse tipo de assistência a outras pessoas, em especial aos mais carentes de sua região, assim procurou a promissora Florence Nightingale, que o auxiliou na implantação de uma escola para capacitação de enfermeiras visitadoras, que em 1859 foi vinculada a *Liverpool Royal Infirmary*, oficializando em 1862 um serviço de enfermagem distrital em Liverpool (PEREIRA, 2001). Florence Nightingale é considerada uma das figuras mais importantes para a enfermagem, que contribuiu para a profissionalização e consolidação da enfermagem com bases científica (LOPES e SANTOS, 2010).

O estudo da evolução histórica da atenção à saúde demonstra uma relação intrincada entre as várias modalidades de atenção a saúde, sendo elas institucionalizadas ou realizada no domicílio. Observa-se que, apesar da atenção domiciliar nascer junto com as primeiras instituições de saúde, tal atenção acabou sendo centralizada em hospitais. As formas de atenção à saúde foram evoluindo de modo diferenciado, sendo que os investimentos financeiros, tecnológicos e de políticas públicas foram por longo tempo maior e mais arrojado na atenção hospitalar, o que para alguns autores configurou o hospitalocentrismo, com consequente fragmentação da saúde e medicalização (BARROS, 2012; MENDES EV, 2012; VECINA NETO, 2007; AMARAL et al., 2001; PEREIRA, 2001).

Voltando ao contexto nacional da história da atenção domiciliar no Brasil, de acordo com Paz e Santos (2003), a atenção a saúde no domicílio tem sua origem relacionada à área da saúde coletiva, aos programas materno-infantil e ao controle de doenças infectocontagiosas.

Segundo Barros (2012), há duas versões referentes ao início da atenção domiciliar brasileira, uma datada de 1919, correlacionada ao início da saúde coletiva, onde enfermeiras

realizavam visitas domiciliares. A outra versão data de 1949 e relata o surgimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, precursor do atual modelo adotado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Já Amaral (2001), afirma que o início da atenção domiciliar brasileira se dá com a criação do primeiro serviço no Hospital do Servidor Estadual Público de São Paulo, em 1967, denominado de Assistência Domiciliar a Saúde (ADS) (BARROS, 2012, AMARAL, 2001, PEREIRA, 2001).

Fato é que hoje no país a atenção domiciliar ressurgiu e reformulou-se de modo a adequar-se e apoiar a resposta dos sistemas de saúde às emergentes demandas constatadas universalmente em todos os sistemas de saúde. Conforme Barros (2012), cada modalidade de atenção à saúde acompanha as particularidades epidemiológicas, socioeconômicas, culturais e políticas de cada país. Isso ficou claro no rearranjo dos serviços de atenção domiciliar em todo o mundo, que além das ações de prevenção a saúde, presente em seus primórdios adotou a atenção ao paciente crônico e sequelado como população alvo da maioria dos programas, inclusive no Brasil (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c, 2013e; BARROS, 2012).

É consenso que os atuais sistemas de saúde não são desenhados para atender as condições crônicas. O modelo de tratamento agudo ainda é dominante nas organizações de saúde como um todo e tem no hospital, nas unidades de pronto atendimento e nos ambulatorios seu local de referência (FEUERWERKER e MERHY, 2008; REHEM e TRAD, 2005; WHO, 2003).

Os sistemas são fragmentados, fortemente hegemônicos e hierarquizados, havendo vários pontos com diversas possibilidades de atenção, mas que não conversam entre si e conseqüentemente são incapazes de manter uma atenção contínua e integral a população (MENDES EV, 2012; Mendes, 2011; BRASIL, 2008a).

Essa organização dos sistemas de saúde é predominantemente global, comprovando que os sistemas estão falhando por não conseguir sincronizar-se com as mudanças epidemiológicas e demográfica mundiais, tendendo ao declínio das condições agudas e ascensão das condições crônicas (MENDES, 2010, HAM, 2007; WHO, 2003)

Neste cenário, a atenção domiciliar é considerada ferramenta com grande potencial para responder aos novos desafios dos sistemas de saúde. Isso tem sido percebido pelos sistemas de saúde em todo o mundo, em especial no Brasil essa potencialidade foi verificada ao final do século XX, como ratifica Paz e Santos (2003), referindo-se a nova estruturação da atenção domiciliar brasileira, analisada ao final da década de 1990, embasada em Paskulin e

Dias (2002), Duarte e Diogo (2000) e Santos et al., (1999), que afirmam que apenas na última década, o cuidado domiciliar está voltando-se para o atendimento, principalmente, de pacientes com agravos de longa duração, incapacitados ou em fase terminal.

Mas atualmente no país há uma estratégia de reorganização do sistema de saúde para responder a crise gerada em especial pelas condições crônicas, sendo ela a adoção da atenção primária a saúde como ordenadora do SUS. Neste contexto tem importância a atenção domiciliar por integrar a APS, compondo assim uma das grandes apostas de reversão da lógica de atenção a saúde centrada no hospital e no atendimento agudo e reativo (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c, 2013e, 2011; FEUERWERKER e MERHY, 2008; REHEM e TRAD, 2005; WHO, 2003).

Hoje no Brasil contamos com uma política nacional de atenção domiciliar e com serviços tanto na esfera pública quanto no setor privado capaz de oferecer desde a baixa complexidade domiciliar, representada pela ESF, passando pela média complexidade, representada pelo PID, alcançando até a alta complexidade domiciliar, representada pelo Home Care. (BRASIL, 2013b; SERAFIM e RIBEIRO, 2011). No SUS a previsão da atenção domiciliar contempla duas vertentes complementares, com diferentes níveis de complexidade: uma configurada pelo programa Melhor em Casa, que organiza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e outra por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)(BRASIL, 2011b).

O Melhor em Casa conta com arcabouço legal que normatiza a atenção domiciliar no âmbito do SUS, financiando e monitorando esta estratégia de atenção a saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde, hoje a atenção domiciliar pública, concretizada pelo Melhor em Casa alcança 16,2 milhões de brasileiros, estando presente em 20 estados e 67 municípios em todo o Brasil, e com proposta de expansão em todo o território nacional (BRASIL, 2013e).

A outra modalidade da atenção domiciliar presente no país, ESF e PACS, encontra-se normatizada pela Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011b). De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2013, a ESF conta hoje com uma cobertura nacional de 55,73% do território, contemplando 5.309 municípios onde estão implantadas 34.185 equipes. O PACS tem cobertura nacional de 64,34% do território, distribuída em 5.514 municípios onde há 255.772 equipes de PACS implantadas (BRASIL, 2013f)).

Atualmente no sistema de saúde brasileiro a atenção domiciliar representa uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e

reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a, 2013b).

Um dos maiores desafios impostos a atenção domiciliar é conseguir prover cuidados domiciliares de qualidade, garantindo segurança ao paciente, à família e aos profissionais de saúde, adaptando-se a cenários diferentes do hospitalar e ambulatorial, sendo muitas vezes limitado. Ao realização promoção e prevenção de saúde no domicílio é prioritário garantir qualidade assistencial, estabilidade clínica, segurança, sem contudo desvirtuar o ambiente domiciliar, sem descaracterizar o lar. Vemos a Atenção Primária elaborar várias estratégias de atenção domiciliar, com programas como o PID/PAD e a ESF, mas sem um diálogo entre os mesmos de modo a prestar um cuidado integral ao indivíduo e família no domicílio. Parece não haver um plano de ação conjunto que permita que as ações preconizadas sejam realizadas de forma complementar.

Estudiosos do funcionamento dos programas de atenção domiciliar ratificam que a organização de uma estratégia de atenção no domicílio tem início com um diagnóstico de qual é a real necessidade do paciente, sua situação clínica, econômica, social, familiar, as condições ambientais/sanitárias. Só a partir disso é traçado um plano para melhor prover suas demandas. No nível macro, também seria importante um diagnóstico das estratégias de atenção no domicílio existentes, como elas conversam entre si e como organiza-las a ponto de promover uma atenção no domicílio mais resolutiva (DAL BEN e GAIDIZINSKI, 2006; FUGULIN, 2010, 2006, PERROCA e GAIDIZINSKI, 1998).

3.4 IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES PARA GESTÃO NA SAÚDE

Ao se fazer gestão em saúde é necessário se estabelecer quais serão as ferramentas capazes de aferir a qualidade e quantidade dos recursos empregados que se traduza em uma assistência de qualidade (RIPSA, 2013; TAMAKI et al. , 2012; REMOR et al.,2010).

Agora, para se avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, ou seja, estabelecer qual é a melhor maneira de prestar assistência em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988).

Os indicadores são informações tratadas de modo a torná-las acessíveis, traduzindo assim fenômenos complexos, tornando-os quantificáveis e compreensíveis sendo possível

avaliar, utilizar e transmitir aos diversos setores da sociedade informações em saúde, contribuindo para a planificação das políticas de saúde e otimizando a informação (SCHOUT e NOVAES, 2007; FERREIRA, 2002).

Indicadores podem ser definidos como ferramentas imprescindíveis para a gestão em saúde, entendidos como medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, refletindo a situação sanitária de uma população, suas tendências, quais os grupos humanos com maiores necessidades de saúde e possibilitando a estratificação do risco epidemiológico e da identificação de áreas críticas. Além de importante insumo para a gestão é imprescindível para vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2013; FELDMAN et al., 2005).

Os dados coletados em si não constituem indicadores de saúde, os dados são finitos em si próprios, só possuem significados à medida que são capazes de gerar informação que embasem o processo de decisão, são na verdade sinalizadores, que indicam problemas potenciais ou boas práticas de cuidados, sendo ferramentas importantes para a gestão de saúde (RIPSA, 2013; FIELDING E KUMANYKA, 2009; LEÃO et al., 2008).

O indicador geralmente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto (por exemplo, número total de cirurgias limpas realizadas) ou uma relação entre dois eventos, estabelecendo-se o numerador e denominador (por exemplo, número de cirurgias limpas/número total de cirurgias). O numerador é o evento que está sendo medido ou reconhecido e precisa apresentar definição objetiva e clara, ser fundamentado por meio de estudos prévios, prontamente aplicáveis, rapidamente identificados e clinicamente importantes em uma dada população. O denominador do indicador corresponde à população de risco/interesse ou sob avaliação de risco para um dado evento definido do numerador. O indicador deve definir um período, permitir o desenvolvimento de índices e ser o mais específico possível (BREVIDELI e FREITAS, 2012; FERREIRA, 2002).

Para avaliar a qualidade da assistência é importante que as informações sejam claras e representativas de todos os recursos utilizados para alcançar aquele resultado. Os indicadores são exatamente essas informações, tratadas de modo a traduzir toda essa dinâmica do processo, facilitando o entendimento de fenômenos complexos, tornando-os quantificáveis e compreensíveis pelos quais é possível avaliar, planejar, executar e reavaliar todo o processo de trabalho (GOUVÊA e TRAVASSOS, 2010; ALLEGIANZI et al, 2007; FERREIRA, 2002).

Há mais de 40 anos iniciou-se de forma sistematizada na saúde um movimento que buscava avaliar a qualidade da assistência prestada, recursos empreendidos e segurança do paciente, classicamente esta avaliação considerava três dimensões, propostas por Donabedian (1990), sendo elas: estrutura, processo e resultados. Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, é considerado um dos precursores na utilização e divulgação dos indicadores saúde. Suas ideias alicerçam os conceitos atuais de indicadores na saúde utilizadas globalmente (FARACO, 2013; LEÃO et al.; 2008, D'INNOCENZO et al., 2006; BITTAR, 2001).

Hoje a utilização de indicadores é consenso mundial, presente tanto na saúde pública como nas instituições privadas, por meio de programas de avaliação de qualidade, organismos acreditadores nacionais e internacionais, bem como por normas de avaliação de qualidade de assistência. A qualidade tornou-se meta para toda e qualquer instituição de saúde e os indicadores são ferramentas imprescindíveis para alcançar este objetivo. (FARACO, 2013; KURGANCT e TRONCHIN, 2008).

Segundo a OMS (1993) qualidade da assistência em saúde engloba um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (RACOVEANU, 1995).

No Brasil, temos vários sistemas de informações e órgãos que avaliam a qualidade da saúde por meio de indicadores próprios. Considerando a grandiosidade do SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, cujos principais produtos são as suas ações e serviços, é preciso uma organizada rede de informações para mensurar a eficiência e efetividade desse sistema (REMOR et al. 2010).

Um dos primeiros indicadores a ser utilizado no SUS foi a taxa de mortalidade, para avaliar a saúde coletiva (REMOR et al., 2010, TEIXEIRA et al, 1998). Hoje temos centenas de indicadores que vem sendo normatizados para melhor estruturar e consolidar esta modalidade de avaliação, exemplo disso são os indicadores institucionalizados pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a Rede Interagencial de Indicadores de Saúde (RIPSA), criada em 1996 e formalizada por portaria ministerial, numa parceria de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, objetivando potencializar utilização de bases de informação disponíveis para apoiar a construção e consolidação do SUS.

Contribui para a sistematização de dados de informação produzidas no Brasil e região da América (RIPSA, 2013), os vários sistemas de informação presentes no SUS, como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de informação de Orçamento Público em Saúde (SIOB), Registro de Ações da Atenção Domiciliar (RASS-AD), entre outros (RIPSA, 2013; REMOR et al., 2010).

A atenção domiciliar no SUS propõe-se a contribuir com a concretização dos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Para comprovar sua resolutividade e eficácia há indicadores próprios, normatizados pela política de atenção domiciliar, que considera entre os seus principais indicadores, a taxa de reospitalização de pacientes em internação domiciliar, taxa de mortalidade, tempo de permanência em acompanhamento pela atenção domiciliar, média de visitas domiciliares por paciente, taxa de infecção, taxa de alta, dentre outras (BRASIL, 2013).

Tendo como meta complementar ou substituir as modalidades de atenção à saúde já existentes, é preciso avaliar as várias experiências de atenção domiciliar brasileira, desenvolvidas desde a década de 1960, para melhor adequar e fortalecer essa modalidade de atenção.

3.5 HOSPITALIZAÇÃO, DESOSPITALIZAÇÃO E PREVENÇÃO DE REOSPITALIZAÇÃO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009b) estimou que 29,9% da população brasileira, em 2009, possuía alguma condição crônica como diabetes, reumatismo, hipertensão, câncer, tuberculose, cardiopatias, problemas de coluna dentre outros.

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (IBGE, 2011, 2009b).

Esta população consome mais os serviços de saúde, demandam mais hospitalizações, geralmente por condições crônicas que cursam com um tempo de ocupação do leito bem maior que as condições agudas, devido à multiplicidade de comorbidades (DEL DUCA et al., 2010; ESTRELLA et al., 2009; MOREIRA e DULTILHNOVAES, 2011; GERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007). O estudo do padrão de hospitalização dessa população evidencia

internações prolongadas, recorrentes e cujos custos são mais altos no SUS (GARBINATO et al., 2007; LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

O termo desospitalização surge neste contexto como um construto que tem tomado maior significado diante das alterações no perfil de internações hospitalares. Dentre estas alterações, o quadro de morbimortalidade global e o desenvolvimento de biotecnologias tem possibilitado maior sobrevida nas condições crônicas que se somam as vítimas de eventos agudos que anteriormente fatais. Incluem neste contexto os traumas e doenças infecciosas que juntos sobrecarregam as instituições hospitalares, pela maior demanda pelos serviços de saúde e consequente desvirtuação do clássico papel do hospital (LIMA e NOGUEIRA, 2013; COSTA e TREVISAN, 2012; LUCENA E BEZERRA, 2012; SANTOS, 2011; SERAFIM e RIBEIRO, 2011; SILVA KL et al., 2010, 2005; AZEVEDO et al. 2010; PINHO, 2009; VIDAL et al., 2008)

Apesar da demanda das condições crônicas, o termo desospitalização obteve notoriedade em todo o mundo com a reforma psiquiátrica. O Brasil, sob a influência do movimento de reforma psiquiátrica ocorrido nos Estados Unidos da América, Europa e principalmente Itália, aliado ao momento de forte mobilização social brasileira de busca da democracia, adotou a desospitalização e os novos conceitos de saúde mental, que tinham como meta a assistência extra-hospitalar embasada na substituição dos manicômios por novos cenários de atenção a saúde mental (ARGILES, 2013). Tal processo tem garantias legais, regulamentado no Brasil pela Lei nº. 10216, de 06 de Abril de 2001 (PINHO, 2009; BRASIL, 2001).

Frente à discussão quanto a efetividade da assistência a saúde por meio do enclausuramento, considerando questões éticas, sociais, política, econômicas e com base no questionamento da resolutividade desse tipo de assistência é que a desospitalização e a desinstitucionalização surgem como possibilidade de desconstrução do modelo manicomial e institucional de atenção a saúde (LIMA e NOGUEIRA, 2013; SERAFIM e RIBEIRO, 2011).

O movimento da reforma psiquiátrica propôs uma nova lógica de espaço social e a partir dele outras possibilidades de atenção a saúde foram sistematizados, como a atenção domiciliar e ambulatorial a indivíduos com condições crônicas, dependentes de tecnologia, antes atendidos exclusivamente em hospitais (LIMA e NOGUEIRA, 2013; SERAFIM e RIBEIRO, 2011; COSTA e TREVISAN, 2012; SANTOS, 2011).

A área da saúde mental contribui na consolidação do construto desospitalização com uma riqueza de trabalhos a cerca do tema, geralmente ligados à reforma psiquiátrica em

âmbito mundial. Ao refletir sobre a desospitalização, Saraceno (2001) faz clara distinção entre desinstitucionalização e desospitalização, referindo que desospitalizar é promover autonomia o indivíduo. O ato isolado de dar alta, mesmo com encaminhamento não é desospitalizar. A desospitalização exige a garantia da continuidade do cuidado a saúde, responsabiliza o serviço, protege o usuário.

A desospitalização representa uma tentativa de rompimento com o modelo de saúde biomédico e hospitalocêntrico. É uma ousada proposta de ampliar a atenção em saúde a outros cenários como a família e comunidade, mantendo-se o vínculo e responsabilidade das instituições de saúde, mas prezando pela valorização da individualidade, dignidade humana, convívio familiar, otimização e racionalização dos recursos hospitalares (LIMA e NOGUEIRA, 2013; MENDES EV, 2012; AZEVEDO et al., 2010; VECINA NETO e MALIK, 2007).

A nova lógica de uso do espaço hospitalar é ratificada não apenas pelas instituições de saúde, mas também por instituições que dão suporte a assistência hospitalar. Tais instituições começam a reconhecer uma nova configuração da saúde, onde o menor tempo de hospitalização, ou mesmo a não hospitalização é a meta prioritária. Atualmente empresas e indústrias do ramo da construção civil, engenharia hospitalar tem empreendido esforços na criação de novas tecnologias e aparelhos que contemplem este novo padrão de hospitalização e de atenção a saúde. Os equipamentos são cada vez menores e ocupam menor espaço físico. Essa iniciativa favorece tanto hospitais de menor porte quanto a possibilidade destes equipamentos serem instalados em domicílios. Esta nova tendência arquitetônica hospitalar valoriza a ambiência e a humanização, estimulando a menor permanência dos pacientes em internação hospitalar, ratificando as propostas da Política Nacional de Humanização, da política de atenção domiciliar e da reforma psiquiátrica (AZEVEDO et al., 2010; SANCHES, 2010, GUELLI, 2006).

A desospitalização é parte da nova organização da saúde na lógica das Redes de Atenção a Saúde (RAS), que segundo Mendes (2011) preconiza:

... um novo arranjo de sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe de atenção primária em saúde, e com apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas (MENDES, 2011, p. 49-50)

Nesta lógica de organização da saúde, o hospital tem o papel central no desempenho das atividades mais complexas, por reunir os recursos mais densos e especializados, além de deter as modernas tecnologias. Entretanto, outros pontos de assistência devem ser estruturados de modo a complementar ou substituir a atenção hospitalar, desde que haja profissionais competentes e recursos bem distribuídos e sistematizados (COSTA et al. , 2012; BITTENCOURT, 2010)

A manutenção da assistência centrada nos hospitais acaba por gerar a superlotação destes com baixa efetividade, além de produzir riscos para os internados. O atual uso dos leitos hospitalares que estão ocupados principalmente por pessoas idosas com condições crônicas e por eventos agudos que poderiam ser resolvidos em outros pontos da rede estão gerando um gargalo hospitalar, sendo pouco resolutivo, além de elevar os custos da assistência à saúde, expondo os pacientes à riscos biológicos e potenciais distúrbios comportamentais que são produto da impessoalidade institucional que tanto comprometem a qualidade de vida (COSTA et al., 2012; MENDES EV, 2012; FIGUEIREDE e MAROLDI, 2012).

Vários autores ressaltam entre os benefícios da desospitalização o bônus social de retorno ao convívio familiar, onde o individuo sente-se acolhido e amparado (SERAFIM e RIBEIRO, 2012; HANASHIRO, 2011; PISCO, 2011; THUMÉ et al., 2010; SILVA KL et al., 2010; SOUZA, 2009; PAZ e SANTOS, 2003).

A valorização da pessoa humana propicia maior autonomia e respeito a sua individualidade e pessoalidade, promovendo e garantido a dignidade humana, além de melhorar a evolução da sua saúde física e mental, pois comprovadamente há menor incidência de úlceras de pressão, infecções que são mais fáceis de debelar, dentre outros fatos que são relatados, como o melhor manejo e resolução de pneumonia e infecção do trato urinário tratados no domicílio, devido a pouca resistência que os agentes infecciosos possuem quando comparados aos hospitalares. Além disso, são citadas benesses de ordem éticas, econômicas, jurídicas e profissional, pois a atenção domiciliar amplia o campo de atuação multiprofissional (SERAFIM e RIBEIRO, 2012; HANASHIRO, 2011; THUMÉ et al., 2010; SOUZA, 2009; KERBER et al. 2008; MENDES, 2001).

Há poucos estudos analisando a relação entre reospitalização e pacientes desospitalizados por acompanhamento domiciliar ou ambulatorial. Em estudo observacional, realizado por Jencks et al. (2009), nos Estados Unidos, no período de 15 meses, referentes aos anos de 2003 e 2004, com base nos documentos de fatura e cobrança do MEDICARE,

descobriu-se que 19,5% dos beneficiários que tiveram alta hospitalar no período analisado foram rehospitalizados nos trinta dias subsequentes a alta hospitalar e 34% nos noventa dias subsequentes a alta.

Segundo os autores, entre as possíveis causas de rehospitalização estariam a inadequada preparação para alta, com evidências de que algumas intervenções no momento da alta podem reduzir muito o número de readmissão hospitalar. Outra causa considerada seria o fato de mais da metade dos indivíduos rehospitalizados por motivo clínico não tinham sido acompanhados após a alta hospitalar até o momento da reinternação, sendo esse público composto em grande parte por idosos e portadores de doenças crônicas, que não tiveram nenhuma continuidade de acompanhamento pós-hospitalização (JENCKS et al., 2009).

No mesmo estudo de Jencks et al. (2009), entre os pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos, 70,5% foram rehospitalizados no período até trinta dias após a alta hospitalar que ocasionou a cirurgia, e o motivo da rehospitalização foi clínico, sugerindo que se tais pacientes fossem acompanhados após a alta hospitalar, com ênfase na manutenção da estabilidade clínica, a reinternação poderia ter sido evitada.

Em revisão bibliográfica realizada por Paz e Santos (2003), com base em 32 documentos, foi concluído que o cuidado domiciliar reduz o número de complicações clínicas, rehospitalizações e custos hospitalares. Inclusive dentre os critérios para indicação de acompanhamento pela atenção domiciliar adotados no setor privado brasileiro está a identificação de pacientes com varias rehospitalizações, que cursam com longo período de internação hospitalar em um ano ou até superior a cinco anos e diagnóstico de doença crônica (DAL BEN, 2000, 2006).

A rehospitalização ou reinternação hospitalar constitui importante indicador de qualidade assistencial, sendo definido por Morgado e Lima (1994) como o melhor indicador de assistência na comunidade. É um bom termômetro da resolutividade da assistência extra-hospitalar, sendo considerado indicador direto da assistência hospitalar e indireto da assistência e funcionamento dos serviços de saúde na comunidade (Paz e Santos, 2003).

O estudo da rehospitalização foi bem retratado por Mowbray et al. (1997), ao analisar o movimento anti-manicomial americano, que preconizava a desinstitucionalização com vistas a evitar internações sem indicações adequadas, promovendo o retorno a comunidade de indivíduos cuja hospitalização não tivesse caráter terapêutico, estabelecendo uma rede comunitária de suporte e assistência contínua, mas que acabava por reproduzir o modelo asilar uma vez que as reinternações eram frequentes por falta de suporte comunitário.

O caráter repetitivo dessas rehospitalizações gerava o fenômeno denominado *revolvin door* ou fenômeno da porta giratória (MACHADO et al., 2007; AMARANTE, 2000; MOWBRAY, et al., 1997). Considera-se que há *revolvin door* quando no período de até cinco semestres (dois anos e meio) ocorrem quatro ou mais admissões hospitalares. Pacientes com admissões inferiores a isso são considerados multiadmitidos.

Há autores que referem um padrão de rehospitalização definido por uma perfil de indivíduos que apresentam condições crônicas, idade avançada, hospitalizações prolongadas e complicações da doença de base. É possível ainda perceber ainda um ciclo de rehospitalização relacionadas a falhas terapêuticas no acompanhamento do paciente (MOREIRA e DUTILNOVAES, 2011; MONTEIRO, 2004)

A maior incidência e prevalência de reiternações hospitalares ocorrem entre indivíduos com condições crônicas, sendo descritas sete principais razões para tal fato: recaídas da condição original ou agudização, surgimento de novo evento clínico, dificuldades na atenção domiciliar, complicações da doença de base, necessidade de cuidados paliativos, dificuldades com a terapia medicamentosa, bem como problemas com serviços de apoio da atenção primária em saúde (COSTA et al., 2010; GUERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007; GARBINATO et al., 2007).

Percebe-se pelo exposto que desospitalização e reospitalização são melhor geridos quando há na rede de atenção a saúde estratégias de atenção domiciliar. Ambos constituem indicadores centrais dos programas de atenção domiciliar capazes de avaliar a eficiência e eficácia dos mesmos, e sem os quais há uma sobrecarga do sistema hospitalar. Apesar da relevância do tema, em especial no que tange as condições crônicas, há poucos trabalhos retratando a questão da desospitalização e prevenção de reospitalização no âmbito da atenção domiciliar, vários trabalhos citam a desospitalização, entretanto não aprofundam o tema.

É possível averiguar estudos que tratam isoladamente da desospitalização e da reospitalização, mas há poucos estudos que relacionem os dois indicadores. Estes indicadores são centrais na avaliação da atenção domiciliar, estando previstos em várias normas relativas ao tema (BRASIL, 2013b, 2008, 2006a, 2006b). A desospitalização e a reospitalização podem individualmente mensurar a resolutividade do PID, bem como em conjunto podem demonstrar a efetividade das ações, pois é questionável um programa que desospitaliza mas não é capaz de manter o paciente no domicílio, apresentando diversas reospitalizações, bem como é impensável existir indivíduos com condição crônica histórico de várias reospitalizações, mas sem ter continuidade da assistência a saúde pela desospitalização.

OBJETIVOS

A presente pesquisa teve por objetivo geral:

Investigar os limites e possibilidades em termos de contribuição da internação domiciliar promover a desospitalização e prevenir a reospitalização da população com critérios de admissão no Programa de Internação Domiciliar implantado por meio do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia no Distrito Federal.

Para alcançar este objetivo geral, foram delineadas quatro metas que compuseram os objetivos específicos definidos abaixo:

- I. Identificar a cronologia e os marcos históricos da implantação do Programa de Internação Domiciliar por meio do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia desde sua criação até o final do ano de 2012.
- II. Traçar perfil sociodemográfico e epidemiológico da população atendida pelo Programa de Internação Domiciliar na Regional de Saúde de Ceilândia georreferenciado pelas áreas de abrangência dos centros de saúde.
- III. Dimensionar a assistência prestada pelo Programa de Internação Domiciliar na Regional de Saúde de Ceilândia.
- IV. Estabelecer indicadores que permitam se reconhecer as contribuições do serviço prestado no processo de hospitalização, desospitalização e prevenção de reospitalização na Regional de Saúde de Ceilândia.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para atender aos objetivos propostos, optou-se por um delineamento de pesquisa observacional do tipo longitudinal em etapas retrospectiva e prospectiva com abordagens qualitativa e quantitativa.

A abordagem qualitativa foi definida pela exploração cronológica, histórica e documental dos fatos decorrentes desde a criação da equipe mínima para funcionamento do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da Regional de Saúde de Ceilândia (NRAD-CEI) até o completar das atividades deste núcleo no ano de 2012.

A abordagem quantitativa foi definida pela coleta de dados em variáveis obtidas nas etapas retrospectivas e prospectivas, sendo a etapa retrospectiva deste estudo definida no período em que as informações foram obtidas em relatórios e prontuários anteriores ao início da coleta de dados iniciada no mês de maio de 2012 e a etapa prospectiva definida no período em que as informações foram obtidas pelo acompanhamento e coleta de informações de maio a dezembro de 2012.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa (FEPCS), sob protocolo 184/2011.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo teve como cenário de pesquisa a Regional de Saúde de Ceilândia com foco nas atividades do NRAD-CEI. Ceilândia representa a maior Região Administrativa (RA) do Distrito Federal (DF), cuja população já deve ter ultrapassado os 405.498 habitantes. Essa população vive em uma área de 232 km², o que representa uma densidade demográfica de 1.482,9 habitantes por km², e responde por 17% da população total do DF, o que a coloca, do ponto de vista de seu contingente populacional, entre os cem maiores municípios brasileiros conforme informações obtidas da Secretaria de Vigilância Sanitária e da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal que foi publicada em 2010.

Sua origem se deu com a Campanha de Erradicação de Invasões (CEI), em 1971, e hoje possui uma das menores rendas per capita da região, com números que sinalizam para

4,7 salários mínimos de renda domiciliar mensal e 1,2 salários mínimos de renda per capita mensal. Em relação à escolarização apenas 1,9% da população da cidade possui curso superior, enquanto 34,1% possuem o 1º grau incompleto e 8,1% das crianças em idade escolar encontram-se fora da escola conforme informado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2004.

A primeira instituição pública de saúde de Ceilândia foi o Centro de Saúde nº 1, inaugurado em 1973, antes mesmo do Hospital Regional de Ceilândia, que apenas foi fundado em 1981. Atualmente Ceilândia conta com 11 Centros de Saúde, 02 equipes da ESF (uma urbana e uma rural), 11 equipes da estratégia de agentes comunitários de saúde, um centro de atenção psicossocial na modalidade álcool e drogas e uma equipe de atenção domiciliar do NRAD-CEI, formalizada em 2009.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste estudo foi a formada pelos pacientes admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) do NRAD-CEI desde sua criação até o final das atividades do núcleo em dezembro de 2012. Nestes quase quatro anos de funcionamento, os critérios para serem admitidos no PID sofreram algumas modificações.

Inicialmente em 2009 os critérios adotados eram categorizados em três: clínicos, administrativos e assistências. Como critérios clínicos, para ser admitido era preciso ter condição clínica comprometida, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado por médico assistente. Apresentar grau de perda funcional e dependência para a realização das Atividades de Vida Diária de acordo com a Escala da Cruz Vermelha Espanhola (ECVE), que é numerada de 0 a 5, sendo 0 o menor grau e 5 o maior grau de dependência, para admissão no PID são considerados o maior grau dependência, ou seja, os graus 4 e 5.

Como critérios administrativos era necessário residir na área e abrangência da equipe, no caso em tela residir na Ceilândia. Ter consentimento formal do paciente ou familiares por meio de assinatura de termo de consentimento formal. Possuir sistema de comunicação, telefone, que possibilite acionamento da equipe, serviço de retaguarda ou suporte logístico em caso de intercorrência.

Como critérios assistenciais era necessário possuir cuidador responsável, apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente, bem como contexto familiar, comunitário e ambiental mínimo de higiene, espaço, saneamento e segurança.

Em 2010 o critério de admissão no PID foi alterado, apenas no tocante ao critério clínico, pois foi adotada além da escala ECVE a Escala da Complexidade Assistencial de Cascavel do Paraná, adaptada para o DF, o que ampliava a avaliação para aspectos de complexidade clínicos e que, por conseguinte, mudou o perfil dos pacientes do PID, a partir disso os pacientes admitidos apresentavam maior complexidade assistencial, sendo definida a partir disso a média complexidade assistencial para atenção domiciliar.

Essa mudança foi estratégica para sistematizar a atenção domiciliar no sistema público do DF, sendo que os indivíduos com menor complexidade que a exigida pelo NRAD deveriam ser atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os de maior complexidade que a atendida no NRAD deveriam ser encaminhados ao *Home Care*, nome dado no DF à atenção domiciliar de alta complexidade (oferecida por empresas terceirizadas que são contratadas pela SES/DF).

4.4 ABORDAGEM QUALITATIVA

A abordagem qualitativa foi definida como sendo os procedimentos utilizados para levantamento da descrição histórica de implantação do NRAD, bem como do Programa de Internação Domiciliar na RA de Ceilândia.

Os marcos histórico da sua implantação foram identificados em informações colhidas junto a Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD) da SES/DF, também com a atual chefe do NRAD-CEI, bem como com os antigos chefes e com os servidores deste local.

Buscaram-se informações nos bancos de dados da SES/DF, nos registros do próprio NRAD e da GEAD. A partir dessas informações foi traçado o memorial cronológico deste serviço.

4.5 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A coleta de dados quantitativos foi feita em duas fases: fase retrospectiva (agosto de 2011 a maio de 2012) e fase prospectiva (de junho de 2012 a dezembro de 2012).

Diversas variáveis foram levantadas dos prontuários disponíveis, dos livros de registros e monitoramento, dentre outros arquivos físicos (papel) e digitais (*TrakCare* - <http://www.portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcareprod/web/>).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizou-se estatística descritiva para processar as variáveis quantitativas e qualitativas coletadas. Para as variáveis qualitativas optou-se pela distribuição de frequência absoluta e relativa, representada em tabelas ou em histogramas de classes. Para as variáveis quantitativas empregaram-se medidas de posição média e mediana e como medida de dispersão foi utilizado o Erro Padrão da Média (EPM), visto se tratar de estudo populacional e não amostral.

Distribuição de frequência também foi aplicada para quantificar a ocorrência de eventos codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID10) por capítulos distribuídos nas linhas das tabelas e por categorização quanto às comorbidades (primária, secundária, terciária, quaternária, quinternária e sextária) distribuídas nas colunas.

Medidas repetidas mensalmente foram representadas por valores absolutos em gráficos anuais. Medida relativa correspondente à fração de desospitalização foi obtida pelo quociente do total de sujeitos desospitalizados sobre o total de sujeitos admitidos por período.

A população foi agrupada em grupos de interesse para comparações. Antes de aplicar os testes de comparações, o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para se verificar se as variáveis possuíam ou não distribuição Gaussiana, sendo identificado que não, indicativo de testes não paramétrico para as análises comparativas.

Comparações entre sujeitos desospitalizados e os não desospitalizados (outros) foram identificadas pelo teste de Mann Whitney. Comparações entre sujeitos com diferentes desfechos (óbito, ativo e alta) foram detectadas pelo teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn para comparações múltiplas entre os desfechos. Somente foram consideradas significativas as diferenças com valor de $p < 0,05$. Os resultados dos testes foram representados em *blox-plot* por se tratar de distribuição não-gaussiana comparada por testes não-paramétricos.

5 RESULTADOS

5.1 MEMORIAL CRONOLÓGICO E MARCOS HISTÓRICOS

No projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar no DF foi possível localizar registros de que a atenção domiciliar teve seu início na década de 1990. Nesta ocasião já se evidenciava a falta de estrutura para atendimento de indivíduo com condições crônicas, o que onerava os serviços hospitalares, pela complexidade da assistência desse perfil de pacientes e pela elevada média de permanência nas alas de internação hospitalar, além disso, havia uma lacuna na atenção específica a esta parcela da população (BRASIL, 2008).

Frente a este cenário em 1994 foi implantado o Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio que caracterizou o primeiro serviço de atenção domiciliar no DF, que futuramente seria denominado de Núcleo Regional de Atenção Domiciliar – NRAD (BARROS, 2012). Assim, o marco inicial da história dos NRAD no DF tem seu ponto geográfico na Regional de Saúde de Sobradinho. Três anos depois foi implantado o NRAD Planaltina (Figura 5).

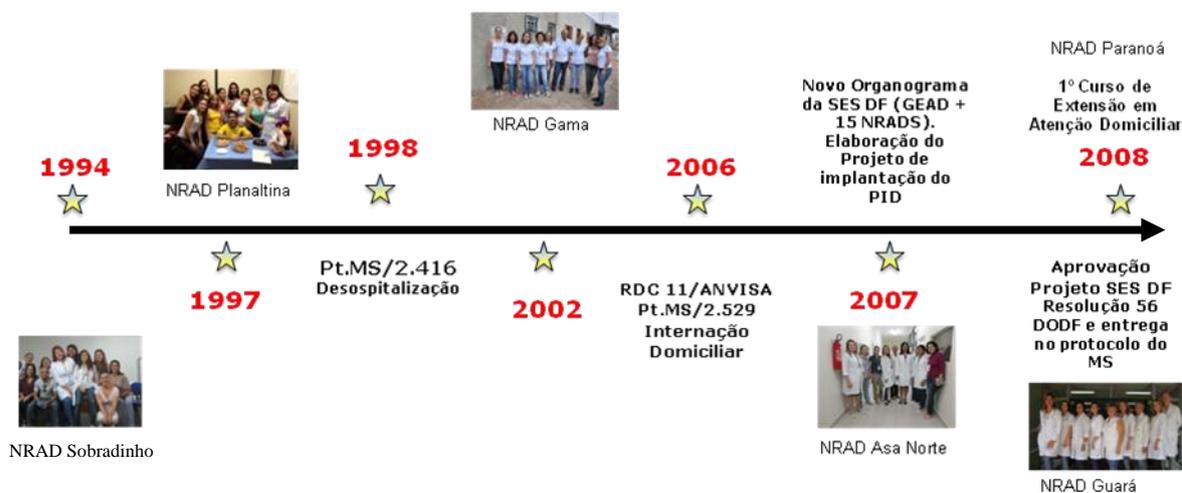


Figura 5. Memorial cronológico e marcos históricos da implementação dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar no Distrito Federal. Fonte: Arquivo GEAD/SES-DF 2013. Fotos Arquivo GEAD/NRADs

Em 1998, o Ministério da Saúde estabeleceu requisitos para o credenciamento de Hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Em 2006, se soma a esta portaria tanto a Resolução da Diretoria Colegiada número 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária quanto a Portaria 2529 do Ministério da Saúde, impulsionando a consolidação dos núcleos de Sobradinho e Planaltina já existentes e favorecendo a

implantação de novos núcleos. Antes da criação do NRAD-CEI, foram implantados os NRAD de Gama, da Asa Norte, do Paranoá e do Guará, conforme indicado na figura 5.

De 2009 até 2013 totalizam-se 15 NRAD no DF, cuja cronologia de implantação pode ser observada na figura 5 e 6. Neste período identificação a publicação das portarias 2.029 e 2.527 em 2011 (BRASIL, 2011c, 2011d) e, mais recentemente, em 2013, as portarias 963, 1.026 e 1.208 (BRASIL, 2013a, 2013g, 2013h) que contribuíram para a sistematização da atenção domiciliar

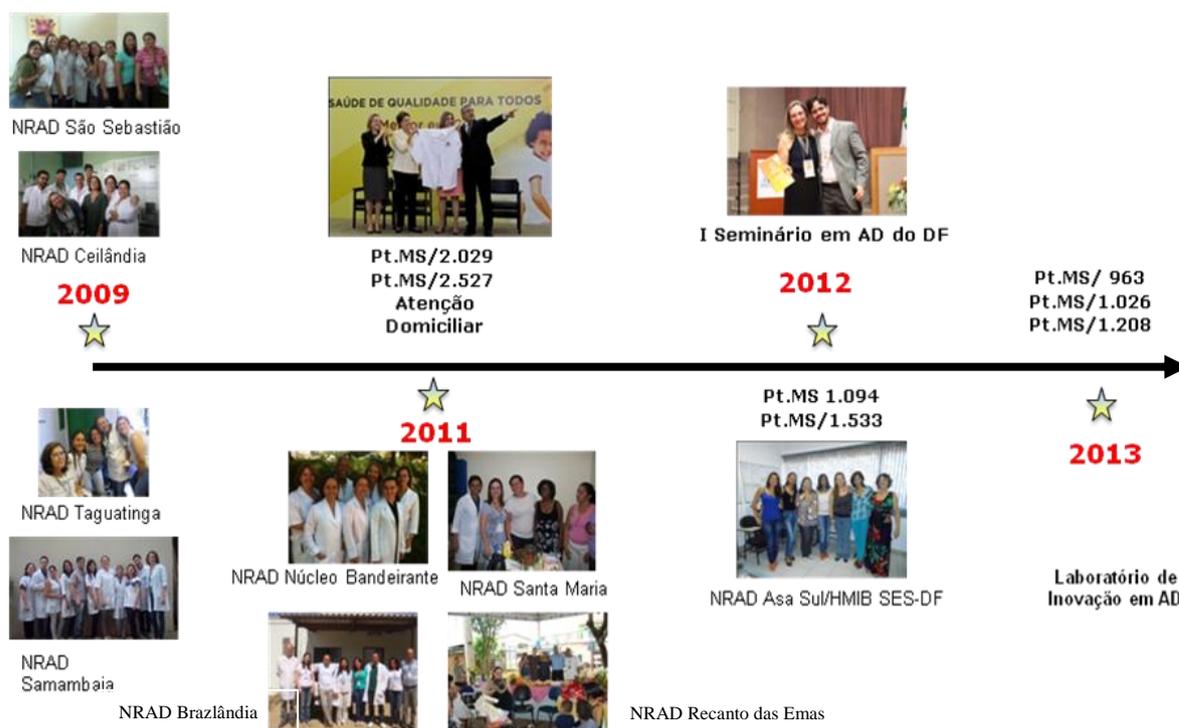


Figura 6. Memorial cronológico e marcos históricos da implementação do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia. Fonte: Arquivo GEAD/SES-DF 2013. Fotos com autorização escrita dos envolvidos.

Especificamente o NRAD-CEI foi o 9º núcleo implantado no DF, tendo a responsabilidade de ser o maior programa do DF, considerando a população adstrita, onde são previstos 4 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), além de 2 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) para cobrir toda a área de abrangência.

No período compreendido da criação do NRAD-CEI (2009) até o momento atual, alguns fatos importantes merecem ser destacados. A descrição detalhada destes fatos se encontra na tabela 1. Estas informações foram especialmente importantes para se estabelecer pontos temporais na análise quantitativa que pode ser mais bem compreendida com a sobreposição dos marcos temporal definida por esta abordagem qualitativa.

Tabela 1. Detalhamento histórico dos marcos temporais da implantação e consolidação do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Ceilândia (NRAD-CEI).

Ano	Eventos importantes	Detalhamento
2009	Equipe mínima	Foi formada a equipe mínima conforme a legislação da época que contava com um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um médico (cedido).
	Admissão via judicialização	Muitas admissões desencadeadas por mandato judicial solicitando assistência e/ou insumos.
	Outros encaminhamentos para admissão	Admissão predominantemente encaminhada pela equipe móvel do NRAD Asa Norte, bem como outras admissões menos frequentes da atenção primária e de demanda espontânea.
	Cadastramento da equipe no SIH	Iniciou o processamento da produtividade domiciliar e o faturamento das internações domiciliares.
2010	Mudança no critério de admissão	Adoção da Escala de Avaliação da Complexidade Assistencial de Cascavel no Paraná que mudou o perfil de admissões.
	Inclusão de profissionais na equipe	Integrou a equipe mais um enfermeiro, um fisioterapeuta, um nutricionista e um terapeuta ocupacional.
	Fortalecimento de vínculo com atenção primária	Estabeleceu-se uma estratégia de fluxo de admissão e encaminhamento de pacientes entre o NRAD-CEI e as UBS.
	Admissão de pacientes via POD	Inclui dentre os pacientes assistidos pelo NRAD-CEI, além dos pacientes do PID, os pacientes do POD.
	Parceria com a UnB	Iniciou-se a primeira edição do PEAC: MELHOR EM CASA - DESOSPITALIZANDO PELA ATENÇÃO NO DOMICÍLIO em uma parceria entre a FCE/UnB e o NRAD-CEI.
2011	Inclusão de profissionais na equipe	Integrou a equipe um motorista, uma assistente social e um médico efetivo.
	Ampliação do espaço físico	O NRAD-CEI passou a ocupar um espaço mais amplo no ambulatório de multi-especialidade.
	Fluxo de desospitalização	Iniciado informalmente um fluxo de desospitalização via parecer de médicos das clínicas do Hospital Regional de Ceilândia.
	Parceria com a UnB	2ª Edição do PEAC: MELHOR EM CASA - DESOSPITALIZANDO PELA ATENÇÃO NO DOMICÍLIO.
2012	Fluxo de desospitalização	Proposta de formalização do fluxo de desospitalização para todos os NRAD do DF com a implementação de um protocolo.
	Sistema de informação em saúde	Substituição dos sistemas de informação hospitalar pelo registro de informações ambulatoriais de saúde da atenção domiciliar.
	Parceria com a UnB	3ª Edição do PEAC: MELHOR EM CASA - DESOSPITALIZANDO PELA ATENÇÃO NO DOMICÍLIO e aprovação do grupo PET: SOS DESOSPITALIZAÇÃO.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

No período de 2009 a 2012, foram admitidos no NRAD-CEI 177 sujeitos que totalizaram a população estudada. Observou-se nesta população pouca diferença entre sexo masculino ou feminino, em uma maioria de casados e viúvos (68,4%), predominantemente naturais da região nordeste (58,8%) e declarando o catolicismo como religião (tabela 2).

Tabela 2. Características pessoais e demográficas da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.

Distribuição das variáveis qualitativas	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	93	52,5%
Feminino	84	47,5%
<i>Estado civil</i>		
Casado	67	37,9%
Viúvo	54	30,5%
Solteiro	36	20,3%
Divorciado	20	11,3%
<i>Naturalidade por região*</i>		
Nordeste	104	58,8%
Sudeste	30	16,9%
Centro-Oeste	10	5,6%
Norte	2	1,1%
DF	31	17,5%
<i>Religião</i>		
Católico	95	53,7%
Evangélico	73	41,2%
Cardecista	2	1,1%
Budista	1	0,6%
Não possui	6	3,4%
Total	177	100,0%

*Dados referentes ao Distrito Federal (DF) foram processados separadamente dos demais do Centro-Oeste.

Naturais do DF foram somente 17,5% dos admitidos neste período (tabela 2). Entre as características sociais estudadas e indicadas na tabela 3 destaca-se o fato de mais da metade da população possuir casa própria (54,8%), sendo estas localizadas próximas aos Centros de Saúde (CS) de sua área de abrangência, apesar da baixa renda declarada pela maioria (figura 4).

Tabela 3. Características sociodemográficas da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.

Distribuição das variáveis qualitativas	n	%
<i>Condições de Moradia</i>		
Própria	97	54,8%
Cedida	52	29,4%
Alugada	28	15,8%
<i>Abrangência por Centro de Saúde de Ceilândia (CSC)</i>		
CSC 08	27	15,3%
CSC 05	27	15,3%
CSC 06	19	10,7%
CSC 09	18	10,2%
CSC 04	17	9,6%
CSC 03	16	9,0%
CSC 07	16	9,0%
CSC 10	13	7,3%
CSC 12	12	6,8%
CSC 02	8	4,5%
CSC 11	4	2,3%
Total	177	100,0%

Cerca de um terço da população estudada (30,6%) moram na área de abrangência dos Centros de Saúde de Ceilândia (CSC) 08 e 05, com uma minoria de 4 sujeitos residindo no CSC 11 (tabela 3).

Os sujeitos admitidos no PID são assistidos quase que totalmente por cuidadores informais (94,4%). Os resultados sugerem uma população de baixo grau de instrução, visto que a maioria (65,5%) foi constituída por pessoas analfabetas e por pessoas que cursaram o ensino fundamental, porém não o completaram (tabela 4). A tabela 4 também mostra que somente uma minoria (16,4%) não recebem algum tipo de benefício.

Tabela 4. Características econômicas e culturais da população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.

Distribuição das variáveis qualitativas	N	%
<i>Tipo de cuidador disponível</i>		
Informal	167	94,4%
Formal	10	5,6%
<i>Escolaridade</i>		
Não alfabetizado	65	36,7%
Fundamental incompleto	51	28,8%
Fundamental	39	22,0%
Médio	10	5,6%
Médio incompleto	6	3,4%
Educação Especial	5	2,8%
Superior incompleto	1	0,6%
<i>Benefícios</i>		
Aposentado	79	44,6%
Benefício Social	51	28,8%
Sem benefício	29	16,4%
Pensionista	18	10,2%
Total	177	100,0%

De todos os sujeitos admitidos no PID até dezembro de 2012, 71% era composto por indivíduos acima de 60 anos na data da admissão (figura 7), com média de idade de $64,8 \pm 1,8$ (média \pm EPM), o que caracteriza uma população predominantemente idosa. Chama atenção a pouca quantidade de crianças admitidas no PID, em todo o tempo de funcionamento do programa, apenas 6 crianças foram admitidas.

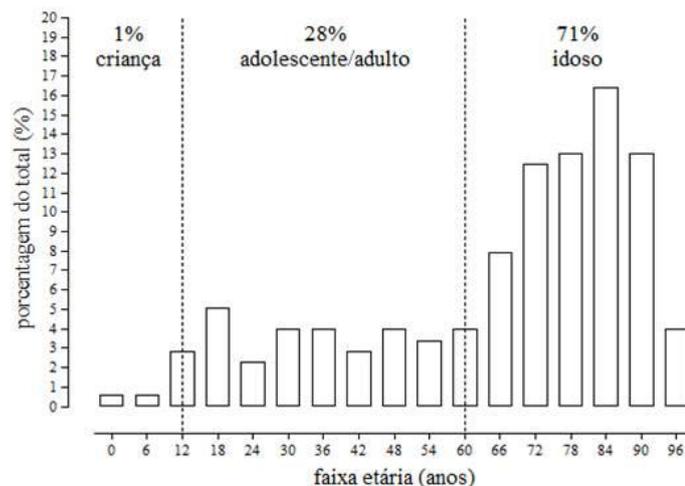


Figura 7. Histograma da distribuição de frequência da idade em anos completos observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Os valores estão expressos em porcentagem do total ($n=177$) e distribuídos por faixa etária a cada 6 anos. As linhas verticais descontinuas separam as frequências por grupo etário (criança, adolescente/adulto e idoso).

A vulnerabilidade da população alvo deste estudo também pode ser identificada pela baixa renda familiar. A grande maioria (84,6%) possui renda familiar que os qualifica como integrantes das classes D e E, sendo o restante integrante da classe C. Nenhum sujeito desta população apresentou renda familiar que os qualificassem como integrantes das classes A e B.

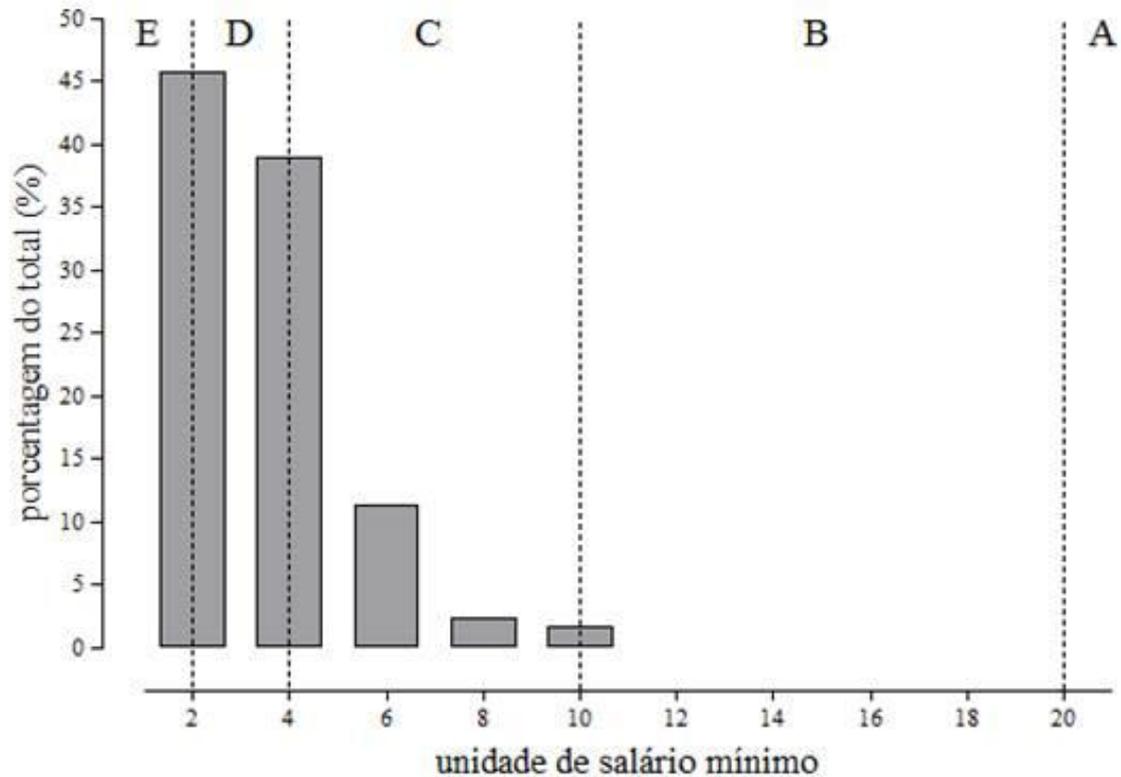


Figura 8. Histograma da distribuição de frequência da renda familiar em salários mínimos observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Os valores estão expressos em porcentagem do total (n=177) e distribuídos por faixa salarial tendo como unidade o salário mínimo no final de 2012 (R\$ 622,00). As linhas verticais descontinuas separam as frequências por classe social (A, B, C, D e E) conforme os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizado no censo populacional.

5.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ASSISTENCIAL

A tabela 5 mostra que os sujeitos admitidos no PID apresentavam até 6 comorbidades que foram categorizadas entre morbidade de base (primária) e outras comorbidades que foram classificadas em secundária, terciária, quaternária, quinternária e sextária conforme definida pelo médico com maior geradora de dependência e incapacidades.

Tabela 5. Distribuição de frequência das comorbidades codificadas pela CID10 na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.

Capítulo	Códigos	Classificação	Comorbidades						Soma
			1 ^{ária}	2 ^{ária}	3 ^{ária}	4 ^{ária}	5 ^{ária}	6 ^{ária}	
I	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	2	1	0	0	0	4
II	C00-D48	Neoplasmas (tumores)	49	22	3	0	0	0	74
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	0
IV	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	15	11	9	3	0	39
V	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	4	3	3	0	0	0	10
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso	38	18	5	3	0	0	64
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos	0	0	0	1	0	0	1
VIII	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0
IX	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	70	77	44	16	0	1	208
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	3	5	2	4	1	0	15
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	0	5	1	0	0	0	6
XII	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	2	0	0	0	2
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	1	2	1	3	0	8
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	0	1	6	0	0	0	7
XV	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0
XVI	P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	1
XVII	Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	2	0	0	0	0	3
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	6	3	2	0	0	11
XIX	S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	8	3	3	3	1	1	19
XX	V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	0	0
XXI	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0
XXII	U00-U99	Códigos para propósitos especiais	0	0	0	0	0	0	0
Total de Códigos Absolutos*			177	160	86	39	8	2	472
Total de Códigos Relativos**			100%	90%	49%	22%	5%	1%	
Total de Códigos Acumulados			177	337	423	462	470	472	

*Valores expressos em unidade de morbidade codificada pela CID10. **Valores expressos em porcentagem de sujeitos com morbidade codificada.

Todos os 177 sujeitos apresentaram a morbidade de base (primária), contudo nem todos os sujeitos apresentaram comorbidades. O total de códigos relativos da tabela 5 mostra que 90% além da morbidade primária apresentavam também comorbidades secundária. A porcentagem de comorbidades foram se tornando menos presentes a partir da comorbidades terciária, sendo observado respectivamente 49%, 22%, 5% e apenas 1% de sujeitos apresentando comorbidades sextária.

No total foram identificados 472 diagnósticos codificados pela CID10 (tabela 5). Dentre as morbidades de base (primária) a maioria foram codificadas nos capítulos IX, II, VI e IV. O gráfico da figura 9 mostra que estas doenças também foram as mais prevalentes dentre as comorbidades secundárias codificadas e somente dentre as comorbidades terciárias foi que esta ordem de ocorrência se modificou, sendo observado um aumento das doenças codificadas no capítulo IV em relação as doenças codificadas nos capítulos VI e II.

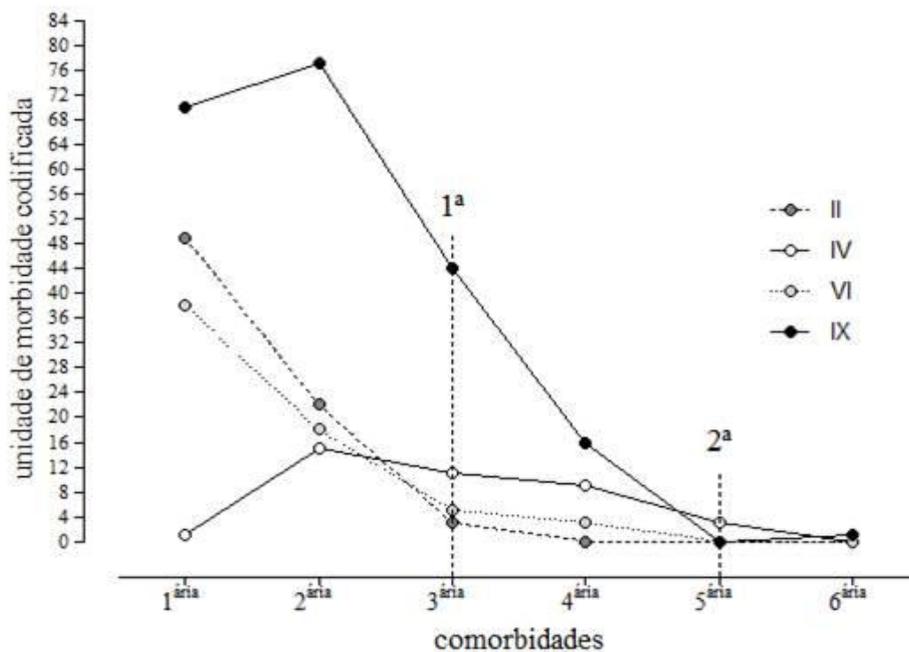


Figura 9. Gráfico de linhas indicando a incidência de unidades de morbidade codificadas por tipo de comorbidade (da doença primária à sextenária) encontrada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Cada curva indica um dos quatro capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID10) com maior ocorrência de códigos identificados (capítulos II, IV, VI e IX). As linhas descontinuas verticais (1ª e 2ª) indicam a partir de qual tipo de comorbidade a incidência quanto à ocorrência por capítulo foi modificada.

Dentre as comorbidades quintenárias outra modificação da proporção de doenças aconteceu, sendo observada uma diminuição da ocorrência de doenças codificadas no capítulo IX (figura 9).

Uma das características encontradas na população estudada é o elevado número de indivíduos que convivem com a doença de base por longo período. O histograma da figura 10 mostra que os sujeitos conviviam com a doença primária por um período entre 3 e 12 anos.

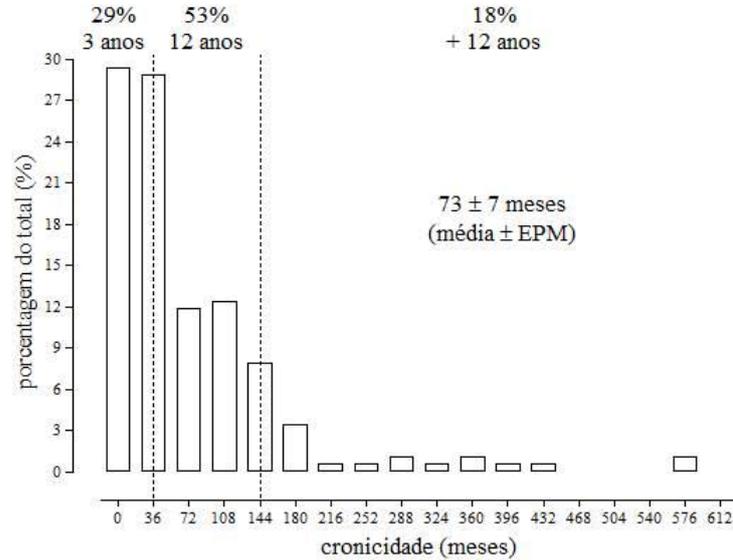


Figura 10. Histograma da distribuição de frequência da cronicidade em meses da doença de base (primária) observada na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Os valores estão expressos em porcentagem do total ($n=177$) e distribuídos por triênio (36 meses). As linhas verticais descontinuas separam as frequências por 3 anos, 12 anos e + 12 anos. Na área do gráfico é informado cronicidade média e o erro padrão da média (EPM).

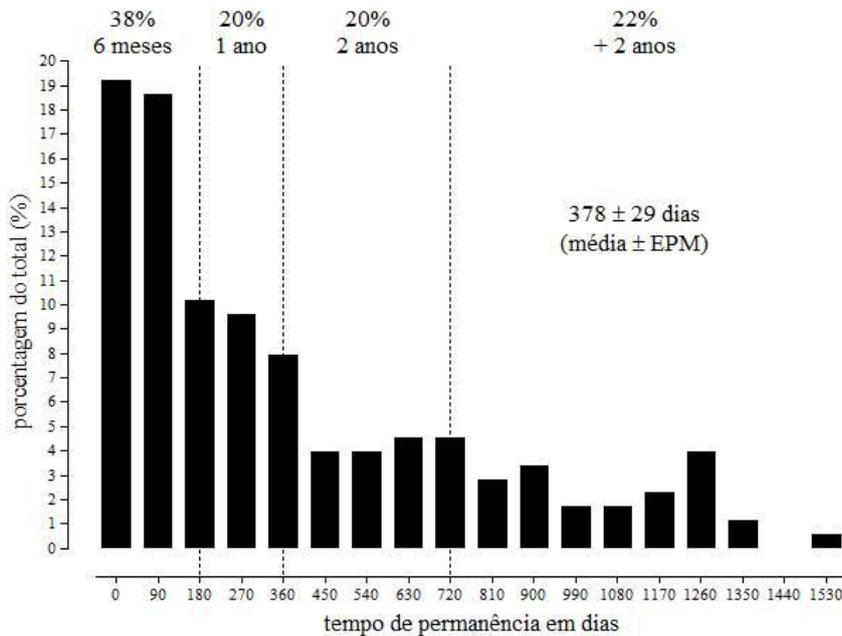


Figura 11. Histograma da distribuição de frequência do tempo de permanência em dias observado na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Os valores estão expressos em porcentagem do total ($n=177$) e distribuídos por trimestre (90 dias). As linhas verticais descontinuas separam as frequências por 6 meses, 1 anos, 2 anos e + 2 anos. Na área do gráfico é informado o tempo médio de permanência e o erro padrão da média (EPM).

Com relação ao tempo de permanência, observou-se que a maioria (78%) permaneciam no programa por 2 anos, sendo que destes, 38% permaneceram por 6 meses (figura 11). A permanência média foi de aproximadamente 1 ano, o que corresponde a 378 ± 29 dias.

Os quatro gráficos da figura 12 mostram a dinâmica mensal nos quatro anos estudados do comportamento do quantitativo de visitas, sujeitos ativos, sujeitos admitidos e altas do programa. Os meses de janeiro a abril de 2009 correspondem ao período de formação da equipe mínima, portanto não apresenta valor igual a zero.

No período de maio a agosto de 2009 observa-se aumento em todos os quantitativos, exceção feita ao número de visitas onde se observa uma redução de julho para agosto. A partir de setembro de 2009, observa-se uma redução nas admissões concomitante a um aumento do número de visitas que teve uma queda brusca em novembro e dezembro deste ano.

Em 2010, nota-se uma manutenção em praticamente todos os quantitativos, exceção feita ao número de visitas onde se observa picos nos meses de março, agosto, setembro e dezembro; e vales nos meses de abril, maio e outubro. Em 2011, a mesma dinâmica observada em 2010 se manteve com picos de visitas nos meses de março e agosto e vales de visitas no mês de julho.

A partir de agosto de 2011, observa-se uma pequena, mas contínua diminuição na quantidade de ativos no PID que se mantém durante todo o ano de 2012, com uma oscilação praticamente mensal de aumentos e diminuições no número de visitas com uma maior demanda por visitas no mês de outubro.

A média de admissões mensais no ano foi de 6 ± 1 ; 3 ± 1 ; $2 \pm 0,3$ e $2 \pm 0,5$ respectivamente nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012. Obtiveram alta do programa em média $1 \pm 0,5$; $3 \pm 0,4$; $3 \pm 0,5$ e $2 \pm 0,7$ também respectivamente entre os anos estudados. Permaneceram em média ativos no PID 20 ± 6 ; 61 ± 1 ; 51 ± 1 e $40 \pm 0,7$ e foram realizadas 30 ± 10 ; 84 ± 8 ; 87 ± 5 e 91 ± 7 visitas em média nos anos respectivos.

Estes resultados permitem observar uma redução de 6 para 2 admissões mensais e manutenção de cerca de 2 altas mensais. Também pode-se observar aumento de 20 para 61 ativos por mês nos dois primeiros anos e redução de 61 para 40 ativos por mês ao final dos quatro anos. Ainda, nota-se aumento de 30 para 91 visitas mensais ao final dos 4 anos.

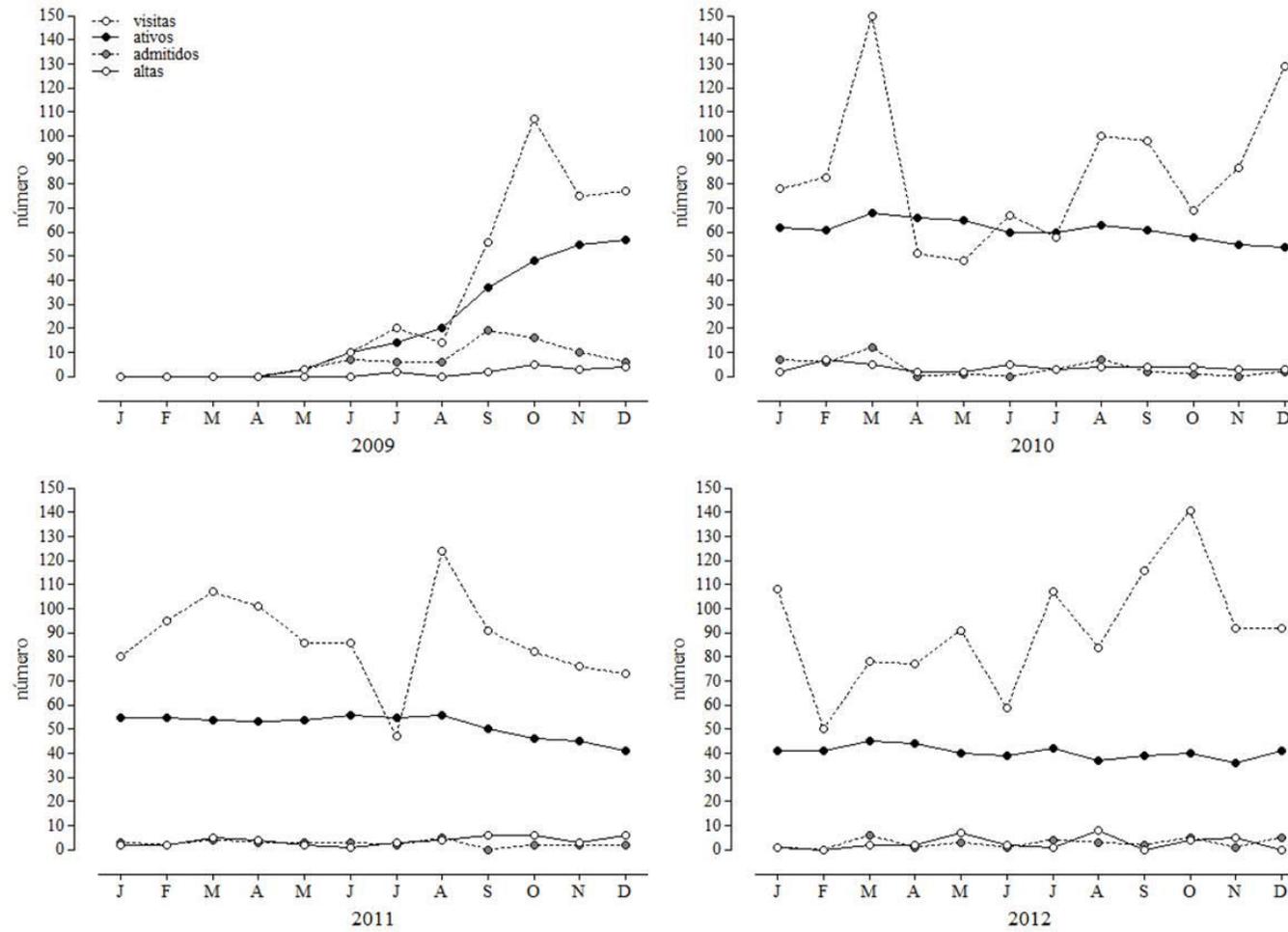


Figura 12. Gráficos de linhas indicando a dinâmica mensal de visitas, admissão e alta no Programa de Internação Domiciliar até dezembro de 2012. A curva identificada como ativo corresponde valor resultante das entradas por admissões e saídas por altas mensais. Cada gráfico indica a dinâmica observada em um ano dos quatro anos analisados (2009, 2010, 2011 e 2012).

5.4 CONTRIBUIÇÕES PARA A DESOSPITALIZAÇÃO

Uma das vias de entrada para o programa é por desospitalização, para aqueles sujeitos cuja equipe hospitalar responsável pela hospitalização faz contato com a equipe do PID solicitando avaliação do paciente para continuidade do cuidado no ambiente domiciliar. De todas as admissões do PID, 18% foram via desospitalização. Do total de admissões analisadas no quadriênio, 15,4% ocorreram nos dois primeiros anos do programa e 84,4% nos dois últimos anos.

O gráfico da figura 13 mostra uma fração de usuários admitidos via desospitalização de 2,7% em 2009 que aumentou significativamente nos anos de 2010, 2011 e 2013, alcançando um total de 46,9% de fração de desospitalização em 2012.

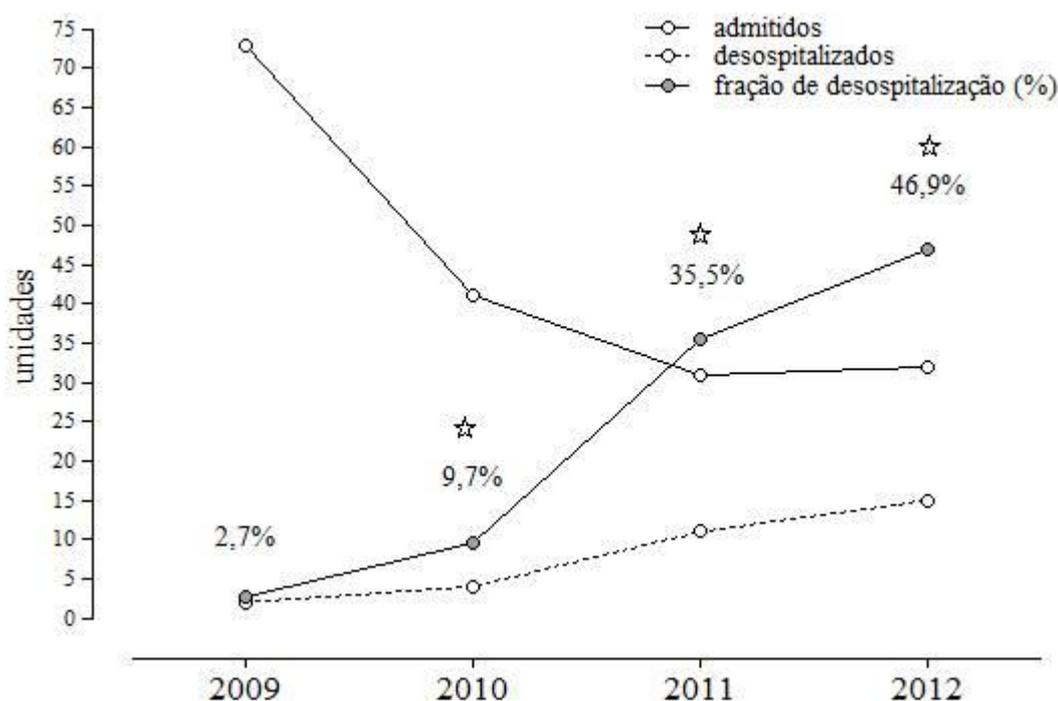


Figura 13. Gráfico de linhas indicando a incidência anual de pacientes admitidos e desospitalizados, bem como a fração de desospitalização em porcentagem do total de admitidos encontrada na população de sujeitos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Diferenças entre a fração de desospitalização esperada no ano frente à fração de desospitalização observada no ano anterior foram identificadas pelo teste Qui-Quadrado. Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram indicadas pela estrela.

A tabela 6 mostra que os sujeitos admitidos no PID por desospitalização apresentavam até 5 comorbidades, diferindo do observado na população total dos admitidos no PID (tabela 5). Todos os 32 sujeitos apresentaram a morbidade de base (primária), contudo nem todos os sujeitos apresentaram comorbidades.

Tabela 6. Distribuição de frequência das comorbidades codificadas pela CID10 na população de sujeitos desospitalizados até dezembro de 2012.

Capítulo	Códigos	Classificação	Comorbidades						Soma
			1 ^{ária}	2 ^{ária}	3 ^{ária}	4 ^{ária}	5 ^{ária}	6 ^{ária}	
I	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	1	0	0	0	0	1
II	C00-D48	Neoplasmas (tumores)	3	0	0	0	0	0	3
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	0	0	0	0	0	1
IV	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	2	3	0	0	0	6
V	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	0	0	1
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso	0	3	0	0	0	0	3
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0
VIII	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0
IX	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	18	11	1	0	0	0	30
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	1	1	0	1	0	0	3
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	1	1	0	0	0	0	2
XII	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0	0	0	0	0	1
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	0	1	1	0	0	0	2
XV	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0
XVI	P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	1
XVII	Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0	0	0	0	0	1
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2	0	0	0	0	0	2
XIX	S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1	2	1	0	1	0	5
XX	V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	0	0
XXI	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0
XXII	U00-U99	Códigos para propósitos especiais	0	0	0	0	0	0	0
Total de Códigos Absolutos*			32	22	6	1	1	0	62
Total de Códigos Relativos**			100%	69%	19%	3%	3%	0%	
Total de Códigos Acumulados			32	54	60	61	62	62	

*Valores expressos em unidade de morbidade codificada pela CID10. **Valores expressos em porcentagem de sujeitos com morbidade codificada.

O total de códigos relativos da tabela 6 mostra que 69% além da morbidade primária apresentavam também comorbidades secundária. A porcentagem de comorbidades foram se tornando menos presentes a partir da comorbidades terciária, sendo observado respectivamente 19%, 3% e 3%, sendo que neste caso nenhum sujeito apresentou comorbidades sextária. No total foram identificados 62 diagnósticos codificados pela CID10 (tabela 6). Dentre as morbidades de base (primária) a maioria foi codificada no capítulo IX.

Ao compararmos idade, renda familiar, cronicidade e permanência entre agrupamentos de sujeitos que foram admitidos por desospitalização ou por outra forma de admissão (outros) observa-se diferença significativa somente com relação à renda familiar (figura 14). A renda familiar dos admitidos por desospitalização foi de até 3 salários mínimos para 75% dos sujeitos neste grupo, sendo que nos admitidos por outras vias chegava até 4 salários mínimos para 75% dos integrantes neste grupo.

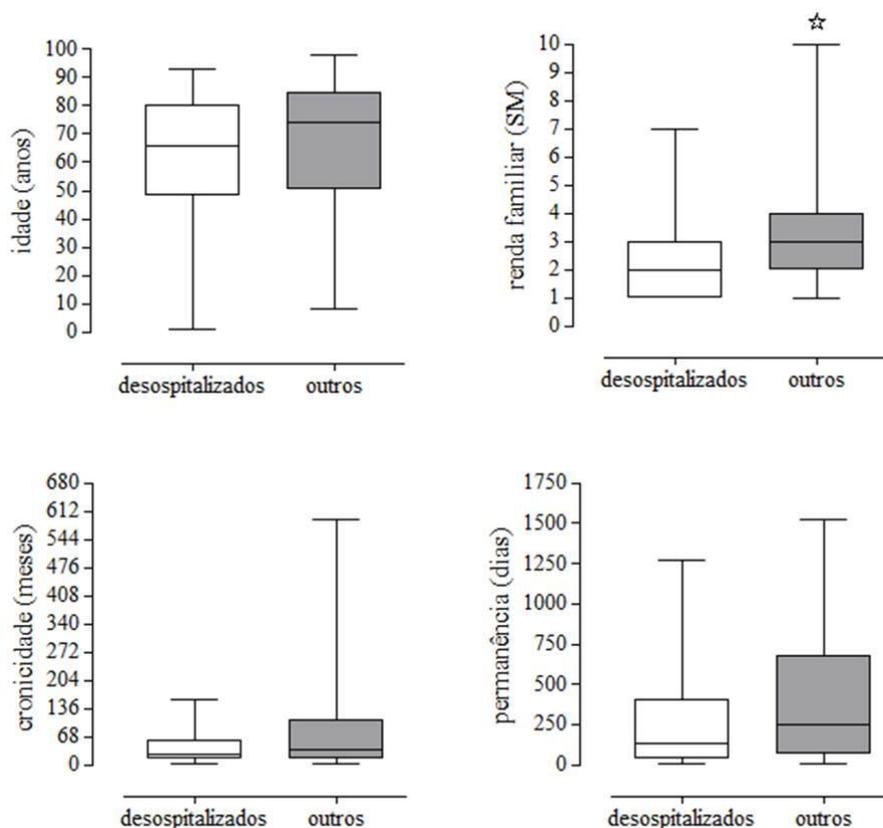


Figura 14. *Blox plots* indicando comparações da idade, renda familiar, cronicidade e tempo de permanência entre os sujeitos desospitalizados e os admitidos por outra via de entrada no Programa de Internação Domiciliar

(PID) até dezembro de 2012. Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram avaliadas pelo teste Mann Whitney e indicadas pela estrela.

5.5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE REOSPITALIZAÇÃO

Quando analisados os desfechos de todos os admitidos até dezembro de 2012 (figura 15), observa-se uma mortalidade de 58% na população estudada, seguido por 23% de admitidos que permaneceram ativos, de 18% que tiveram alta do programa e de 2% que foram transferidos.

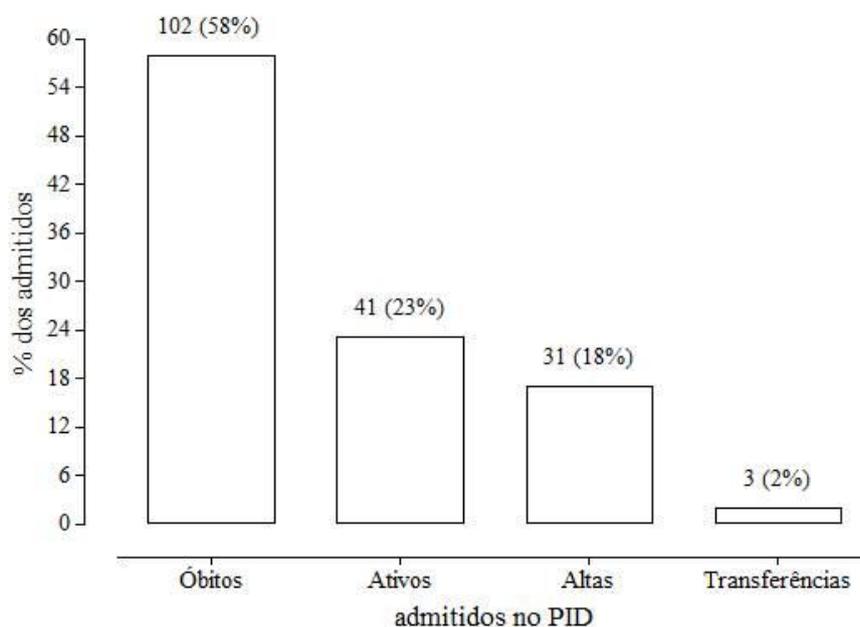


Figura 15. Gráficos de barras indicando a proporção de desfechos observados na população de sujeitos admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012.

Ao comparar o total de permanência em dias entre os desfechos observados (óbito, ativos e altas) foi observado aumento significativo no tempo de permanência entre os sujeitos ainda ativos e aqueles que tiveram alta do programa. Cerca de 75% dos sujeitos que foram a óbito permaneceram 303 dias no programa, enquanto 75% dos sujeitos ativos e dos que receberam alta permaneceram 1140 e 855 dias no programa respectivamente, mais do que 3 vezes o tempo de permanência dos sujeitos que foram a óbito.

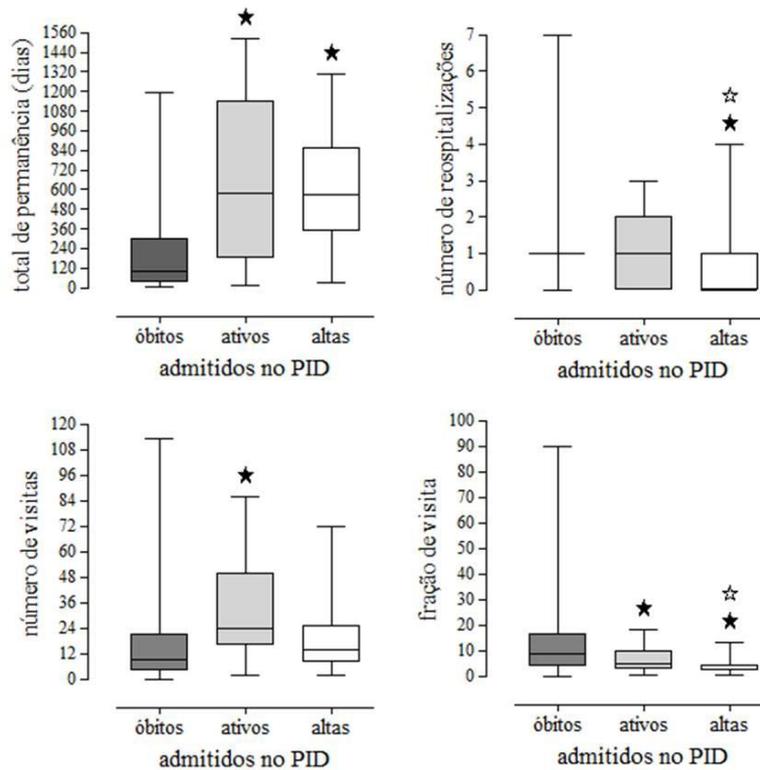
Da mesma forma, ao se comparar a fração de visita (dias visitados sobre o total de dias

em permanência), observou-se que a quantidade de visitas por tempo de permanência foi significativamente maior nos admitidos que foram a óbito do que nos sujeitos ativos e que receberam alta do programa.

Dos pacientes que foram a óbito e analisados quanto à fração de visita, na sua totalidade foram visitados em 90% dos dias em permanência. Isso foi significativamente diferente da fração de visita observada para ativos e sujeitos que receberam alta, onde se observou 18% e 13% de dias de permanência em que foram visitados respectivamente.

Essas diferenças observadas na fração de visita não foram totalmente identificadas pelo número absoluto de visitas, o gráfico da figura 16 mostra que somente para os ativos a diferença foi significativa, sendo constatado que 75% dos ativos foram visitados 49 vezes, frente a 21 visitas para 75% dos admitidos que foram a óbito e 25 visitas para 75% dos admitidos que tiveram alta.

Dentre os pacientes que foram a óbito observou-se até 7 rehospitalizações, frente a até 3 rehospitalizações nos admitidos ativos e até 4 rehospitalizações nos admitidos que tiveram alta



(figura 16).

Figura 16. *Blox*

plots indicando comparações entre os grupos de desfechos (óbitos, ativos e altas) para os sujeitos admitidos no

Programa de Internação Domiciliar (PID) até dezembro de 2012. Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram avaliadas pelo teste Kruskal-Wallis com pós-teste para comparações múltiplas de Dunn que estão representadas por estrelas negras (comparações com o grupo que teve óbito como desfecho) e brancas (ativos *versus* altas).

7. DISCUSSÃO

O levantamento histórico permitiu se conhecer melhor os eventos que poderiam estar influenciando a dinâmica de admissão no PID. Tais informações serão depois consideradas nesta discussão ao ser feita a análise cronológica associando resultados da abordagem qualitativa (histórico) com a abordagem quantitativa da dinâmica de admissão. Porém antes convém se discutir qual foi o perfil da população admitida no PID durante os quatro anos de estudo.

A população estudada demonstrou não ser predominantemente de um ou outro sexo, apesar de se observar uma pequena maioria de homens (tabela 2). Este resultado contraria os estudos de envelhecimento populacional (CAMELLI et al., 2011; TANNURE et al., 2010, DIVANI et al., 2009; SÁNCHEZ SALGADO, 2009, NERI, 2007) e aqueles estudos que verificaram o perfil dos usuários atendidos por programas de atenção domiciliar pelo Brasil (DEL DUCA et al., 2012; BARROS, 2012; MAROLDI, et al., 2012; NAVES et al., 2010; RICCI et al., 2005; PASKULIN et al., 2002), onde prevalece o sexo feminino.

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (2011) também informa uma população feminina de 52% em Ceilândia. Apesar da maioria dos autores citados relatarem prevalência feminina, Maroldi et al (2012), ao analisar a caracterização de pacientes e cuidadores de um serviço de internação domiciliar de um hospital no interior de São Paulo encontraram entre os pacientes, 57,2% da amostra composta por sujeitos do sexo masculino, resultado semelhante ao observado neste estudo.

O estado civil casado foi o mais encontrado, seguido por viúvo (tabela 2), o que corrobora com o perfil da população de Ceilândia, onde 40% é casada (PDAD, 2011), concordam ainda com o relatado em estudo com pacientes em internação domiciliar do Hospital Universitário do Rio de Janeiro, por Martelli et al. (2011) e por Aires e Paz (2008) ao estudar idosos atendidos no domicílio pela ESF. O estado civil casado encontrado no presente estudo, pode estar relacionado ao perfil etário (idosos) e de gênero da população do PID. Esse público composto por idosos, caracteriza-se por uma maior frequência de novos

casamentos entre idosos do sexo masculino, que tendem a casar-se após a viuvez, diferentemente do que ocorre entre as idosas (DALVIM et al., 2004).

Há uma especificidade no resultado quanto à naturalidade da população do PID, sendo mais da metade dos pacientes de origem nordestina, esse dado explica-se pelo fato de Ceilândia, em sua origem, ter sido povoada majoritariamente por emigrantes do nordeste brasileiro. A cidade é considerada por alguns autores a segunda maior cidade nordestina fora do nordeste, perdendo apenas para São Paulo (MOURA, 2012).

Ainda no aspecto social, a maioria da população do PID possuía casa própria, o que foi fortemente influenciado pelos programas habitacionais desenvolvidos nesta região desde sua origem, como os referidos pela ARC (2013). Considerando que Ceilândia foi construída a partir de um plano de governo, na década de 1970, para resolver o problema habitacional dos quase 80 mil favelados distribuídos por todo o DF a época. Hoje uma das características habitacionais da região é o grande número de indivíduos com casa própria (PDAD, 2011).

Quando analisamos as áreas de abrangência de acordo com a residência dos pacientes verificamos ampla área de cobertura, com treze UBS, localizadas próximas às casa dos pacientes do PID. Entre todas essas UBS, destacam-se por possuir maior área de abrangência o Centro de Saúde de Ceilândia (CSC) número 8, com uma cobertura de mais de 60 mil habitantes, aqui inclusa a população recente do Setor Habitacional Sol Nascente, uma área de invasão ainda não catalogada no mapeamento oficial. O CSC 05 que ampliou sua área de cobertura ao receber nova área adstrita, anteriormente coberta pelo do CSC 1, mas que foi temporariamente desativado para abrigar o ambulatório multiprofissional do hospital de Ceilândia, composto por diversas especialidades em saúde, inclusive o NRAD-CEI.

Há na literatura referências quanto à otimização de recursos hospitalares pela atenção domiciliar (WATKINS, 2012; JACK et al., 2009; FEUERWERKER e MERHY, 2008; REHEM e TRAD, 2005), mas há poucos trabalhos relatando os benefícios da atenção domiciliar para as próprias UBS ou Centros de Saúde.

Em trabalho que trata desses benefícios, Pisco (2011), que estudou a reforma da atenção primária em saúde em Portugal, relatou a remodelagem da atenção primária pela expansão do modelo de Saúde da Família com mudança na configuração dos tradicionais Centros de Saúde.

Tal mudança se deu pela constatação do aumento de custos, aumento de problemas de qualidade assistencial e o crescente número de cidadãos sem acesso aos serviços de saúde. Depois de cinco anos do início da reforma portuguesa já é possível verificar a satisfação dos usuários, a satisfação dos profissionais que agora possuem mais autonomia e melhor remuneração e melhor custo benefício para o Estado (PISCO, 2011). Os benefícios para os usuários e para o próprio sistema de saúde, a partir do rearranjo da atenção a saúde reordenada pela atenção domiciliar, tomando como base estratégias como a ESF também é citada por Mendes, 2012b, Giovanella et al., (2009), Feuerwerker e Merhy (2008).

Ainda na descrição da população alvo do estudo é possível destacar a vulnerabilidade social que é evidenciada pela baixa escolaridade e pela baixa renda familiar (tabela 4 e figura 8, respectivamente). Essas informações refletem de forma agravada os dados de Ceilândia (PDAD, 2011), que aponta mais de 73% da população de Ceilândia vivendo com uma renda domiciliar mensal inferior a 5 salários mínimos (4,7 salários mínimos = R\$ 2,407,00) diferentemente da renda domiciliar média brasiliense, que é entorno de 8 salários mínimos (R\$ 4.832,00), classificando, portanto, a população de Ceilândia entre as classes D e E, indicativo de fragilidade social (IBGE, 2012, 2011; PDAD, 2011). Notamos ainda que um dos elementos que auxiliaram na composição da renda familiar dos indivíduos do estudo foram os benefícios sociais como aposentadoria, auxílio doença, pensão entre outros (tabela 4).

Vários autores correlacionam baixa escolaridade a baixa renda, afirmando que indivíduos com maior escolaridade detêm melhores rendas e maior qualidade de vida (SANTOS et al., 2013; GRATÃO et al., 2013 SALVATO et al, 2010).

Diante desta realidade a atenção domiciliar apresenta-se como modalidade potencialmente equânime, por oferecer suporte, insumos e cuidado a uma população com menor recurso financeiro, viabilizando ainda acesso ao sistema de saúde e agindo como redutor das desigualdades sociais (SILVA et al., 2013; PASKULIN et al., 2011; PRADO, 2011; THUMÉ et al, 2010; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Ainda no âmbito social, outro dado que mostra a fragilidade da população do estudo refere-se à questão do cuidador. No presente estudo, ínfima parcela da população do PID tinha cuidador formal (tabela 4), correspondendo a 5,6% de todos os sujeitos atendidos pelo NRAD-CEI, demonstrando que grande parte da população conta com cuidador familiar, o que

corroborar com os achados de Del Duca (2012), que encontrou 4,7% de cuidadores formais entre idosos atendidos por serviço público no Rio Grande do Sul numa população de 598 idosos acompanhados de 2007 a 2008, além do encontrado por Barros (2012) cuja parcela de cuidador informal foi de 90,91% da população de pacientes atendidos pelo PID na Regional de Saúde de Sobradinho/DF e por Klock (2005), que estudou assistência domiciliar nos programas saúde da família em três UBS em Pelotas e encontrou 70% de cuidadores informais.

O cuidado domiciliar informal tem sido referido como gerador de sobrecarga, exaustão e adoecimento para o cuidador (PEREIRA et al., 2013; PINTO e NATIONS, 2012; ARAÚJO, 2012; SANTOS e TAVARES, 2012; DEL DUCA et al., 2011; PEREA-BAENA et al.; OLIVEIRA, et al., 2011; 2009; UESUGUI et al., 2011; ROCHA et al., 2008; PEDRO e MARCON, 2007; SILVEIRA, 2006; CRUZ-ESCOBOSA, 2006; GIACOMIN et al., 2005), o que traz a reflexão da necessidade de buscar outras possibilidades de cuidado focados no paciente, mas preservando familiares e garantido aos parentes o direito de exercer sua identidade familiar de irmão, mãe, filho, ou seja qual for o grau de parentesco, sem desvirtuar-se com o complexo compromisso de cuidado contínuo.

O estudo do perfil social e demográfico dos indivíduos assistidos pelo PID evidenciou uma população majoritariamente idosa, com 71% de indivíduos com 60 anos ou mais na data de admissão no programa (figura 7). Uma das justificativas para esse fato pode ser dada primeiramente pelo fenômeno da transição demográfica, com aumento do envelhecimento populacional (CAMPOLINA et al., 2013; MORAES, 2012; REBKE et al., 2010; CHRISTENSEN et al., 2009; VERAS, 2009).

Mas uma análise mais apurada dos dados demográficos chama atenção para a pouca quantidade de crianças admitidas no PID, que em todo o tempo de funcionamento do programa representou apenas 1% das admissões por público infantil no universo de todos os indivíduos acompanhados (figura 7).

Diante dos avanços biotecnológicos temos hoje um crescente número de crianças com aumento significativo de sobrevivência, mesmo portando doenças crônicas e síndromes raras, essas crianças são inclusive denominadas herdeiras de tecnologia (SERAFIM e RIBEIRO, 2011; SILVA JAP et al., 2010; VERNIER e CABRAL, 2006).

Fortemente influenciada por estes avanços, hoje já averigua-se importante redução nos índices de mortalidade infantil, relacionada ao progressivo desenvolvimento constatado nas áreas da neonatologia e pediatria, principalmente no que tange ao aumento nas taxas de sobrevivência de prematuros, de crianças portadoras de anomalias congênitas, com afecções crônicas e/ou com deficiências variadas. Estas crianças necessitam de insumos, aparato tecnológico e de assistência específica, sendo este público também candidato a desospitalização para continuidade de cuidados extra-hospitalares, diante do prognóstico de longo tempo de sobrevida (MENDES, 2005; WANG e BERNARD, 2004).

No Distrito Federal, pela abordagem qualitativa também associada aos procedimentos metodológicos deste estudo foi possível identificar que as equipes de atenção domiciliar vêm discutindo o baixo número de crianças na população de pacientes atendidos pelos PID, frente à realidade das inovações biotecnológicas que tem elevado o número de crianças com condições crônicas complexas que necessitam do acompanhamento domiciliar, mas que não chegam aos NRAD, o que foi evidenciado pela presente pesquisa.

Uma das hipóteses para esta constatação é a baixa sensibilidade das escalas de elegibilidade para o PID quando aplicado ao público infantil. As dificuldades e desafios do cuidado domiciliar infantil também são relatados por diversos autores que citam como complicadores desse cuidado o difícil acesso aos programas existentes, inadequado recurso humano com baixa competência para o público infantil, dificuldades familiares diante da complexidade da criança na atenção domiciliar e mesmo o baixo quantitativo de programas de atenção domiciliar específicos para o cuidado de crianças no Brasil (DANTAS et al., 2012; HANSSON et al., 2012; SOUZA et al., 2011; ALMEIDA E ZANOLLI, 2011; SILVA et al., 2010; RABELLO e RODRIGUES, 2020; COSTA e CEOLIM, 2010).

É paradoxal que em uma mesma população encontremos 71% de idosos e apenas 1% de crianças. Este dado leva a inferência de que seriam necessários estudos sobre a sensibilidade e especificidade dos atuais instrumentos de admissão adotados nos NRAD do Distrito Federal, frente ao grande número de crianças portadoras de condições crônicas e o baixo número de admissões de crianças no PID.

A análise do perfil epidemiológico demonstrou a prevalência de condições crônicas na população do PID (tabela 5), com destaque para 97,2% da população que apresentava como

doença de base uma doença crônica, em contrapartida a apenas 2,8% da população cuja doença primária era uma doença infecciosa (Mielite, Meningite e Síndrome de Fournier) ou condições advindas de lesões por causas externas que evoluíram cronicamente (Perfuração por arma de fogo, traumatismo crânio encefálico e traumatismo raquimedular, encefalopatia anóxica pós trauma). O perfil epidemiológico composto por prevalência de doenças crônicas também é ratificado por outros autores que estudaram programas de atenção domiciliar (PEREIRA et al. 2013; ARAÚJO et al., 2012; MAROLDI et al., 2012; BARROS, 2012; ESPINEL-BERMUDEZ et al., 2011; GASPAR et al., 2007).

O resultado epidemiológico encontrado no presente estudo corrobora com os dados apresentados pela UN (2010), que em seu relatório global enfatiza o aumento da morbimortalidade mundial por doenças crônicas em escala mundial (63%), com destaque para as doenças cardiovasculares, que já são responsáveis por 30% da mortalidade registrada mundialmente.

Os indivíduos do PID apresentavam várias comorbidades associadas, tendo sido catalogados 472 doenças codificadas pela CID10 acumuladas nos 177 sujeitos do estudo (tabela 5 e figura 9). Verificou-se no estudo uma variação de uma a seis morbidades por sujeitos, com média de 2,7 comorbidades por sujeito.

Este perfil epidemiológico caracterizado por várias comorbidades associadas, também é apresentado em outros estudos sobre programas de atenção domiciliar, como referido por Ricci et al.(2005) que encontrou em média $6,10 \pm 2,02$ comorbidades, ao estudar a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Cassis et al.(2007) encontraram na população de idosos com demência uma média de $3,16 \pm 1,8$ comorbidades, bem como referido por Lacerda et al.(2011) ao estudar qualidade de vida em um programa de assistência domiciliar que constatou uma média de $7,13 \pm 2,32$ nos sujeitos atendidos em domicílio.

Entre as condições crônicas prevaleceram às doenças relacionadas as aparelho circulatório, classificadas no código IX da CID10 (tabela 5). Este perfil é ratificado em diversos trabalhos que tratam da assistência domiciliar (OLIVEIRA et al., 2013; BARROS, 2012; TORRES et al., 2009; CLARES et al., 2009; GOMES et al., 2009; AIRES e PAZ, 2008;). Entre as condições crônicas evidenciadas na pesquisa, teve destaque dentro do grupo das cardiovasculares o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que atingiu 78,5% da população,

aparecendo de forma alternada entre doença primária a sextária. A literatura aponta que entre as doenças crônicas o AVE é uma síndrome neurológica vascular mais frequente em adultos e idosos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo (GILES e ROTHWELL, 2008).

Para Thumé (2010), agravos como a seqüela de AVE são marcadores da necessidade de cuidado, sendo passíveis de prevenção pelo manejo adequado da hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física, ainda segundo o autor o idoso com AVE tem quadruplicada a chance de acompanhamento pela atenção domiciliar.

Em estudo realizado na Espanha, Requena et al (2001) ratificaram que indivíduos com AVE representaram 43% da demanda de cuidado no primeiro ano de funcionamento de um programa destinado a acompanhamento domiciliar de idoso. Tal dado também é constatado na análise do perfil clínico dos pacientes do PID, que tem sua demanda assistencial majoritariamente voltada para esta amostra da população.

Considerado como um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade, o AVE, tem gerado discussões nos vários níveis das organizações de saúde em todo mundo, conceituado pela WHO (2004), como uma desordem com alta incidência na população idosa, atingindo mais de 15 milhões de pessoas anualmente e gerando morte de cerca de cinco milhões destas, além de seqüelas para outras cinco milhões.

O AVE é uma das principais causas de hospitalização na rede SUS e não SUS, segundo Moreira e Dutilhnoaes (2011), que analisaram as internações hospitalares no SUS, nos anos de 2006 e 2007, sendo também confirmada como maior causa de internação domiciliar no PID de Ceilândia.

No estudo do PID em Ceilândia a segunda classe de doenças mais encontrada está no grupo das neoplasias, localizado no capítulo II da CID10. Esta condição atinge primariamente 29,3% da população do NRAD-CEI (tabela 5). Tal dado demonstra a possibilidade de cuidado paliativo oncológico domiciliar pelas ações do PID, uma vez que o desenho do programa não visa reabilitar nem curar os indivíduos atendidos, mas paliar após constatação de impossibilidade de cura pelos outros níveis de atenção a saúde, fato relatado por Fripp et al.,

(2012) ao pesquisar um programa de internação domiciliar com oferta de cuidados paliativos do Município de Pelotas/RS.

A terceira condição mais encontrada foi do grupo das doenças do sistema nervoso, sendo diagnosticada como doença de base em 21,5% da população alvo deste estudo (tabela 5). A análise de dados clínicos e etários (figura 7), a partir dos prontuários dos indivíduos assistidos pelo programa, permitiu verificar que no grupo das doenças do sistema nervoso encontravam-se os indivíduos nos extremos de idade do PID, sendo mais prevalente nas crianças a paralisia cerebral e entre os idosos a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e outras Demências senis.

As doenças mais encontradas na população estudada do PID Ceilândia foram quatro, respectivamente classificadas pela CID10 nos capítulos IX (Doenças do aparelho circulatório), II (Neoplasmas), IV (Doenças endócrinas, nutricionais e endócrinas) e VI (Doenças do sistema nervoso).

Foram encontradas até seis comorbidades associadas, que apresentavam comportamento dinâmico a depender do quantitativo de comorbidades registradas por paciente (figura 9). Estes quatro capítulos mantiveram um padrão ordenado com as doenças do grupo das doenças circulatória sendo a condição primária mais prevalente em indivíduos que tinham até quatro comorbidades. Nos indivíduos com cinco comorbidades a doença de base mais referida foram às localizadas no capítulo IV da CID10, relativa a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Nos casos de seis comorbidades a doença primária circulatória volta a ser a mais prevalente (tabela 5).

Quanto à dinâmica de interação entre comorbidades (figura 9), percebe-se que a partir da terceira comorbidade referida, a segunda comorbidade de base mais encontrada muda e passa a ser a do grupo das doenças metabólicas, seguida pelas doenças do sistema nervoso e pelas neoplasias. Padrão mantido quando há quatro comorbidades registradas.

Ocorre nova mudança ao analisar indivíduos com cinco comorbidade diagnosticadas, onde as doenças primárias mais referidas passam a serem as codificadas no grupo das doenças metabólicas, seguida pelas três outras condições já citadas. Quando há seis comorbidades, o padrão de doenças primárias circulatórias é retomado (figura 9).

No estudo ficou evidente o longo tempo de convívio com a doença de base (cronicidade) dos indivíduos atendidos pelo programa, em média 6 anos (73 ± 7 meses). Considerando o PID uma estratégia de prevenção terciária, cuja população alvo para atendimento é composto por indivíduos idosos, com sequelas importantes que causam dependência e disfuncionalidade (BRASIL, 2008a), temos uma população com longa evolução das condições crônicas que permanece no programa também por longo período, a maioria mais de um ano (figuras 10 e 11).

O longo tempo de convivência com as sequelas da condição crônica, associado às comorbidades diagnosticadas, pode comprometer a qualidade de vida dos sujeitos atendidos, considerando que qualidade de vida, para alguns autores (LACERDA et al., 2011; TORRES et al., 2009; GARCIA et al., 2005; SOUZA et al., 2003), pode ser definida como um mínimo de condições para que o indivíduo possa desenvolver ao máximo suas potencialidades, trabalhando e produzindo. Qualidade de vida também abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, a satisfação com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. Porém, não foi objetivo deste estudo apontar qualidade de vida.

Os resultados de cronicidade (figura 10) e tempo de permanência no programa (figura 11) mostram que o paciente permaneceu assistido pela atenção domiciliar do NRAD-CEI cerca de 20% do tempo de evolução da doença de base desde sua origem.

Quando analisado o total de permanência da população no PID, num comparativo dessa população segmentado por desfechos em pacientes ativos, pacientes que saíram do programa por alta e os que saíram por óbito (figura 16), verificou-se significância estatística no tempo de permanência dos pacientes que permanecem ativos, seguido pelos pacientes que receberam alta.

Os pacientes que evoluíram para óbito são os que permanecem menos tempo no programa, o que pode refletir a complexidade do quadro ao ser admitido no NRAD, a própria evolução da doença de base, considerando o longo período de cronicidade detectado neste estudo, bem como a estratégia adotada pelo PID no DF de eleição de indivíduos portadores de sequelas de condições crônicas, como público alvo, diferente da proposta do Hospital

Universitário do Rio de Janeiro, referido por Martelli et al. (2011), que recebe pacientes de várias instituições hospitalares e cuja condição de saúde mais prevalente é a pneumonia, que cursa com curto tempo de tratamento, gerando um tempo de permanência inferior a 30 dias.

A análise das visitas domiciliares no âmbito do PID de Ceilândia mostra em primeiro plano uma alternância grande entre o número de visitas domiciliares efetuadas no período de realização desta pesquisa. Em alguns meses foram realizadas entorno de 150 visitas domiciliares pela equipe multiprofissionais e em outros meses realizaram menos de 60 visitas domiciliares (figura 12 e anexo A).

Tal fato pode ser justificado pela ausência de normatização específica, com previsão de transporte para a atenção domiciliar. No projeto de implantação da PID no DF, feito pela Gerência de Atenção Domiciliar e aprovado pela SES/DF em 2008 (BRASIL, 2008), havia previsão de 4 motoristas por NRAD, mas essa previsão não foi mantida nas normas que reorganizaram a atenção domiciliar no âmbito do SUS, promulgadas posteriormente, que apenas contemplaram os demais membros da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c, 2013e). O NRAD-CEI sempre trabalhou com menor quantitativo de transporte do que o primariamente preconizado para o DF.

Sem a previsão legal do transporte para a atenção domiciliar, não é seguida uma programação fidedigna de visitas aos pacientes ativos do programa e não é possível garantir à família e paciente a continuidade do tratamento domiciliar. Para Albuquerque e Bosi (2009) que analisaram a visita domiciliar na perspectiva da ESF em Fortaleza, a visita domiciliar é concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir para uma nova proposta de cuidado integral e humanizado, sem ela não existe assistência domiciliar.

Há vários picos e vales na análise do gráfico que trata das visitas domiciliares (figura 12), onde os picos coincidem com os períodos onde há registro no NRAD-CEI de mais de um motorista, sendo estes constituídos por servidor da equipe de profissionais de saúde do NRAD-CEI, das diversas áreas multiprofissionais com autorização para guiar o carro oficial do NRAD-CEI e/ou o próprio servidor técnico de saúde contratado com a atribuição de motorista. Em 2011 foram canceladas as autorizações para dirigir o carro pelos servidores da equipe multiprofissional, ficando tal atribuição a cargo apenas do motorista oficial.

É possível ainda relacionar os vales nas visitas domiciliares, com o registro de afastamento legal da equipe do PID (férias, abonos, licença médica e outros), bem como registro de ausência de carro (problemas mecânico no carro do PID), nesses períodos há menos registro de visitas domiciliares (figura 12).

Outro fato que impactou na alternância do quantitativo de visitas foi o perfil mensal de pacientes atendidos pelo PID. Nos períodos em que os pacientes ativos apresentam maior complexidade clínica, como quando havia registro de pacientes ativos com diagnóstico de neoplasia, em cuidado paliativo oncológico, bem como quando os sujeitos internados em domicílio cursavam com instabilidade clínica, evidenciado por quadros de infecções domiciliares, detectaram-se redução no quantitativo de visitas domiciliares que eram intensificadas em alguns sujeitos. Nestes períodos as visitas tornam-se mais demoradas e menos frequentes.

Retomando o levantamento histórico realizado na abordagem qualitativa deste estudo foi possível perceber um processo de formação da estrutura e sistematização dos serviços para oferta de atenção domiciliar no DF, fortalecido pela publicação de documentos oficiais destacadas nos figuras 5 e 6 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2006; BRASIL, 1998;).

Até o ano de criação do NRAD-CEI em 2009, o DF contava com 6 outros NRAD (figura 5). Os resultados deste levantamento histórico indicam que a aprovação do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar na SES/DF publicado por meio da Resolução 56 no DODF em 12 de novembro de 2008 foi o grande precursor do NRAD-CEI (BRASIL, 2008b). No mesmo ano de criação do NRAD-CEI, outros 3 NRAD foram criados, dando início a uma nova etapa para a expansão da atenção domiciliar no DF (BARROS, 2012; BRASIL, 2008a).

Constatou-se que a admissão inicial no NRAD-CEI em 2009 (tabela 1) se deu predominantemente por via judicial e por encaminhamentos da equipe móvel do NRAD da Asa Norte, não tendo ainda uma contribuição representativa na desospitalização. No ano de 2009, a fração de desospitalização atingiu a taxa de 2,7% (figura 13). Essa forma de acesso judicial aos serviços de saúde já foi descrita por Jaichand (2004) analisando o processo movido contra o governo por uma campanha de ação para o tratamento da AIDS na África do

Sul. Quando as normas de direitos humanos são internalizadas pelos grupos que possuem direitos a serviços de saúde garantidos por lei, inicia-se um processo de demandas judiciais de interesse público como a observada na história de implementação do NRAD-CEI (JAICHAND, 2004).

Outro evento importante registrado no levantamento histórico deste estudo foi à mudança no critério de admissão pela inclusão da Escala de Avaliação de Complexidade Assistencial de Cascavel, visto que a adoção desta escala mudou o perfil de pacientes atendido pelo NRAD-CEI a partir de 2010 (tabela 1), o paciente admitido ficou mais complexo em termos assistenciais. Este evento pode estar associado à abrupta redução no número de visitas observado na transição do mês de março para abril de 2010 com um pequeno aumento no mês de março de 2010 da quantidade de novos admitidos no PID (figura 12).

Pacientes com mais alta complexidade assistencial irão demandar visitas mais prolongadas, porém em menor quantidade. O impacto da complexidade assistencial na atenção domiciliar é relatada por Mandú et al. (2008), que ao analisar a atual configuração das visitas domiciliares, afirmam que elas tem atualmente finalidade mais amplas, compreendendo além da promoção a saúde, ações de prevenção em diversos níveis e portanto, tornaram-se mais complexas, os autores consideram que a visita domiciliar favorece o acesso e fortalece o vínculo entre usuários e equipe, sendo ainda uma alternativa para vigilância a saúde.

Apesar da mudança no perfil assistencial advinda da adoção de nova escala em 2010 o NRAD-CEI continuou pouco a contribuir com a desospitalização que atingiu uma fração de desospitalização de 9,7% neste ano. Silva et al (2005) apontaram que o PID pode ser considerado uma estratégia de desospitalização, porém destaca obstáculos principalmente relatados na ineficiência nos mecanismos de referência e contra-referência.

Já em 2011, o NRAD-CEI passa a ter uma fração de desospitalização de 35,5% entre os admitidos no PID, ano em que foi detectado no levantamento histórico o estabelecimento de um fluxo de desospitalização, ainda que regional. No ano seguinte, quando este fluxo foi formalizado em todo o DF a fração de desospitalização aumento para 46,9%.

A média de visitas mensais por paciente do PID de Ceilândia foi de 2,8 visitas mensais, o que significa que o paciente em média foi visitado de duas a três vezes no mês. Por considerar insuficiente para o adequado acompanhamento domiciliar, há documentado no NRAD-CEI outras estratégias para acompanhamento dos pacientes internados em domicílio.

Entre as estratégias complementares a visita domiciliares, implantadas pela equipe do NRAD-CEI foi detectado pelo presente estudo registros de monitoramento telefônico semanal, cujo objetivo era acompanhar os pacientes que não foram visitados naquela semana pela equipe multiprofissional do PID. Semelhante experiência foi relatada por Mello et al. (2010) que constataram otimização da resposta terapêutica com redução de custos, após a implantação de visitas domiciliares acompanhadas de ações de monitoramento telefônico a pacientes com história de reincidência de internações hospitalares.

A manutenção de outros canais de comunicação com o paciente e cuidador na atenção domiciliar, além da visita domiciliar, já foi referida como promissora por outros autores (OLIVER et al., 2012; THUMÉ et al., 2010; MANDÚ et al., 2008). Mas é a visita domiciliar o maior instrumento assistencial da atenção domiciliar. Sua eficácia já foi comprovado inclusive por estudiosos de outras áreas de atenção a saúde que implantaram a visita como ferramenta terapêutica, como no estudo de Mussi et al. (2013), do tipo ensaio clínico randomizado, embasado na visita domiciliar a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, onde os autores encontram em seus resultados melhora dos desfechos para pacientes recentemente hospitalizados pela cardiopatia de base, ao incluir nas estratégias terapêuticas as visitas multiprofissionais domiciliares.

O comparativo do perfil epidemiológico entre a população geral do PID (tabela 5) e uma amostra desta população alvo composta por pacientes desospitalizados pelo mesmo programa (tabela 6), mostra um perfil epidemiológico semelhante quanto a doença primária, onde prevalecem as doenças identificadas pro códigos presentes no capítulo de doenças do aparelho circulatório, seguida por doenças presentes no capítulo de neoplasmas. Mas há um decréscimo na incidência das demais comorbidades, detectado a partir da condição terciária, onde nenhum paciente desospitalizado apresentou uma condição sextária.

Em especial no que tange as neoplasias, a desospitalização tem papel imprescindível, pois em geral as neoplasias tendem a evoluir de forma rápida, ocasionando dor e outros

desconfortos. Nestes casos a desospitalização é capaz de reduzir o tempo demandado para a tradicional admissão via encaminhamento das unidades de atenção oncológica. A desospitalização de paciente oncológicos pode viabilizar o cuidado paliativo oncológico domiciliar, considerado por alguns autores uma modalidade de cuidado resolutiva, humana e capaz de oferecer dignidade ao indivíduo e família, como ratificado por Fratezi e Gutierrez (2011), Araújo e Linch (2009), Inocenti (2009), Rodrigues (2009).

Quando analisados em bloco de variáveis incluindo a idade, renda familiar, cronicidade e tempo de permanência no PID de todos pacientes do PID em comparação aos pacientes desospitalizados (figura 14), é possível verificar resultado significativo apenas na variável renda familiar, que demonstra menor renda dos pacientes desospitalizados e reforça a ideia de promoção de equidade proporcionada pela atenção domiciliar, o que é corroborado por Thumé et al. (2011) que analisa a assistência domiciliar prestada a idosos pela ESF, afirmando que esse tipo de assistência é capaz de diminuir iniquidades sociais, em especial em áreas onde os indivíduos possuem menor renda.

As desigualdades financeiras são minimizadas pela atenção domiciliar por meio da viabilização de acesso aos bens e serviços de saúde. No caso da desospitalização ocorre contribuição na promoção da equidade por facilitar o acesso ao serviço de saúde e por meio desse, possibilitar fornecimento mensal de insumos, receitas de medicamentos e empréstimo de equipamento, conforme ratificado por Martelli et al. (2011), Galvão et al. (2011), Silva et al. (2010), Giovanella et al. (2009), Feuerwerker e Merhy (2008), Paz e Santos (2003) e Mendes (2001).

Mas há autores que paradoxalmente relatam aumento das desigualdades sociais promovida pela atenção domiciliar, que além da sobrecarga psicoafetiva gerada para as famílias também gera uma sobrecarga financeira (BARROSO et al., 2009; FEUERWERKER e MERHY, 2008; VERAS et al., 2007; FLORIANI e SCHRAMM, 2004;)

Quanto aos desfechos na população estudada, prevalece o óbito como maior motivo de saída do programa (figura 15), o que pode ser compreendido a partir do perfil clínico, onde prevalecem as condições crônicas, associadas a várias comorbidades e com sequelas que ocasionam para os indivíduos assistidos pelo PID grande dependência e disfuncionalidade.

Além disso, é possível verificar a influência do perfil demográfico que evidencia grande número de idosos (figura 7), configurando-se assim o prognóstico mais esperado diante do quadro clínico geral. Tal desfecho também foi referido por Barros (2012) em seu estudo com população atendida pelo mesmo programa em outra cidade do DF, com população similar a do presente estudo.

A alta reflete um desfecho positivo da atenção domiciliar (figura 15), podendo demonstrar a resolutividade do programa, uma vez que para a saída por alta, é necessária melhora da condição clínica averiguada na admissão, portanto uma taxa de 18% poderia ser considerada como um bom indicador de processo. Mas é preciso retomar um fato que teve impacto nas altas do programa, conforme registrado na tabela 1, a mudança no critério de admissão, pela adoção da escala de complexidade de Cascavel em 2010, acabou por aumentar a complexidade de novos pacientes admitidos a partir de então, mas em contrapartida, reduziu a complexidade de pacientes ativos, anteriormente admitidos sem uso de tal escala, o que ocasionou a alta dos mesmos para as UBS, sem necessariamente ter ocorrido alteração do quadro clínico inicial.

Pelo estudo dos pacientes que receberam alta, com base nos prontuários do NRAD-CEI, foi possível verificar pacientes que mantiveram o quadro clínico da admissão, como acima relatado, mas há pacientes com melhora do quadro clínico geral, com resolução de lesões cutâneas (úlceras de pressão), retirada de cateter para alimentação (gastrostomia, sondas nasoenterais), melhora na mobilidade e no grau de dependência para AVD, entre outras evoluções favoráveis.

A análise do bloco de variáveis composto por total de permanência, número de reospitalização, número de visita e fração de visitas, segmentado por amostras da população do PID dividida em óbito, ativos e altas (figura 16) permitiu verificar em qual desses segmentos as variáveis tiveram melhores resultados pela detecção de diferenças significativas.

Em relação ao tempo de permanência, foi possível identificar maior tempo de permanência dos pacientes ativos e que recebiam alta. O número absoluto de visitas domiciliares foi maior para os ativos, mas quando analisada a fração de visitas, verifica-se maior fração de visitas para os pacientes que evoluíram para óbito, e menores frações de visita para os ativos e para os pacientes que tiveram alta.

Ao verificar a coerência assistencial do PID, analisando os pacientes que receberam alta, verifica-se que, apesar de receber menor fração de visitas domiciliares, os pacientes com desfecho de alta obtiveram menores números de rehospitalizações, o que pode justificar a alta, por demonstrar menor complexidade assistencial e manutenção da estabilidade clínica, pela longa permanência no programa, sem demandar grande quantitativo de visitas.

Interessante notar que tal evidência não foi detectada pela análise absoluta do número de visitas, o que reforça a necessidade de se pensar em indicadores. Neste caso a fração de visita é melhor indicador de prevenção de rehospitalização do que o número de visitas.

A rehospitalização constitui um dos principais indicadores de resultado da atenção domiciliar (BRASIL,2013b). Dentre os motivos de rehospitalização registrados nos prontuários dos pacientes internados em domicílio no NRAD-CEI, dois motivos são mais frequentemente registrados, as readmissões hospitalares por pneumonia e por infecção do trato urinário.

Ainda não foram divulgados parâmetros oficiais, que são capazes de indicar o número de rehospitalizações esperada para pacientes assistidos pela atenção domiciliar. Nos prontuários dos 177 indivíduos atendidos pelo PID de Ceilândia, foi possível localizar o registro de 304 infecções tratadas no domicílio, em comparação a 205 rehospitalizações, perfazendo uma média mensal de nenhuma a 7 rehospitalizações, como demonstrado na figura 16. Entretanto, tais resultados não foram utilizados neste estudo para não se fugir aos objetivos propostos inicialmente. Uma possível limitação para análises mais aprofundadas a este respeito.

Entretanto é possível inferir que se as infecções descritas nos prontuários, não fossem adequadamente manejadas no domicílio, isso poderia ter ocasionado um número muito superior de rehospitalizações, alcançado no mínimo 509, considerando apenas as infecções efetivamente tratadas no domicílio, sem considerar as infecções potencialmente evitadas pelo acompanhamento multiprofissional da equipe do PID de Ceilândia. Entretanto, como já mencionado, não temos resultados neste trabalho para discutir isso.

Além disso, alguns estudos sobre hospitalizações no Brasil (LEMOS E CHAVES, 2011; COSTA et al, 2011; MOREIRA e DULTLHNOVAES, 2011; ESTRELLA et al., 2009; GONÇALVES et al., 2007; GARBINATO et al, 2007; LOYOLA FILHO et al., 2004; PEIXOTO et al., 2004) apontam como perfil de indivíduos que cursam com vários episódios

de reospitalização, aqueles que são idosos, com varias comorbidades associadas, entre essas comorbidades os autores apontam as condições cardiovasculares, como o AVE, as condições metabólicas, como o diabetes, as neoplasias. Esse perfil está em consonância com o encontrado nos indivíduos atendidos pelo PID de Ceilândia, demonstrando que esta estratégia tem potencial de reduzir as reospitalizações.

6 CONCLUSÕES

A análise dos registros históricos de implantação do Programa de Internação de Ceilândia (PID), permitiu verificar que as normas que tratam da atenção domiciliar no âmbito do SUS e a reorganização dos serviços de saúde na SES/DF contribuíram para a implantação e implementação do NRAD-CEI.

Entre os registros de ações que foram efetivas para o NRAD-CEI teve grande impacto na configuração do Programa de Internação Domiciliar a construção do protocolo de desospitalização regional, que ocorreu originalmente em Ceilândia, sendo posteriormente ampliado e oficializado como fluxo de desospitalização para todos os demais NRAD da SES/DF.

O PID do NRAD Ceilândia atendeu no quadriênio de sua implementação 177 pacientes, cujo perfil epidemiológico foi caracterizado por condições crônicas, com maior prevalência de doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças metabólicas. Dentre essas condições o Acidente Vascular Cerebral (AVE) esteve presente como doença de base ou comorbidade em 78,5% dos pacientes pesquisados. O perfil sociodemográfico evidenciou uma população majoritariamente idosa (71%), com baixo poder aquisitivo e vulnerabilidade social, comprovada pela renda média familiar de 2,9 salários mínimos, composta em parte pela aposentadoria dos indivíduos atendidos pelo programa, fato ocorrido em 44,6% dos casos. A baixa escolaridade ficou evidente em 65% população que era não alfabetizada ou que estudou apenas até o ensino fundamental.

O dimensionamento da assistência prestada pelo PID de Ceilândia mostrou discrepância entre a equipe preconizada pelas normas vigentes que tratam da atenção domiciliar e a equipe atualmente constituída no NRAD-CEI, cuja previsão de acordo com a área de cobertura de Ceilândia é de três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

(EMAD) e duas Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), mas atualmente há apenas, uma EMAP e uma EMAD, para cobrir a maior regional de saúde do DF.

Verificamos ainda vários indicadores capazes de avaliar o programa de internação domiciliar, com especial destaque para dois indicadores de resultado, a desospitalização avaliada pela fração de desospitalização e a quantidade de reospitalização associada com a fração de visitas.

Conclui-se que a internação domiciliar contribui para a desospitalização e tem potencial para ampliar esta contribuição constatada pelo aumento da fração de desospitalização no decorrer do quadriênio analisado. Ainda, este estudo sugere que a internação domiciliar parece reduzir a quantidade de reospitalização, visto que associação entre fração de visitas e quantidade de reospitalização foi observada.

Encontramos resultados interessantes quanto ao potencial de desospitalização e prevenção de reospitalização, que comprovam resolutividade dessa estratégia, além de contemplar princípios como integralidade, acesso e equidade, mas diante da complexidade e amplitude do tema sugerimos novos estudos quanto resolutividade do PID contemplando pontos importantes para o funcionamento da atenção domiciliar, como previsão legal e correto dimensionamento do transporte tanto para equipe, para realização das visitas domiciliares, quanto o transporte sanitário para os pacientes internados em domicílio que necessitem de acesso aos demais pontos da rede de atenção à saúde.

Faz-se necessário ainda aprofundar o estudo quanto a prevenção e tratamento domiciliar de infecções pelo PID. Reospitalizações para tratamento de infecções, frente as infecções resolvidas no domicílio.

Sugerimos ainda estudos quanto ao perfil etário de pacientes atendidos pelo PID, sensibilidade e especificidade das escalas de elegibilidade para o público infantil.

Por último sugerimos pesquisas que analisem os subsídios do Estado para fortalecer a atenção domiciliar e reduzir iniquidades, bem como o dimensionamento do custo real da atenção domiciliar para o Estado e para a família com parente internado em domicílio.

7 REFERÊNCIAS

1. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Indicators. Acesso em 04 de Julho de 2013. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/>>.
2. AIRES, M. PAZ, AA. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1):83-89, 2008.
3. ALBUQUERQUE, ABB. BOSI, MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1103-12, 2009.
4. ALFRADIQUE, ME. BONOLO, PDF. DOURADO, I. LIMA-COSTA, MF. MACINKO, J. MENDONÇA, CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25:1337-49, 2009.
5. ALLEGRANZI, B. STORR, J. DZIEKAN, G. LEOTSAKOS, A. DONALDSON, L. PITTET, D. The first global patient safety challenge “clean care is safer care”: from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect.*, 65 suppl2:115-23, 2007.
6. ALMEIDA, PVB. ZANOLLI, ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (São Paulo). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(supl1):1479-88, 2011.
7. ALMEIDA, S. Feira de Ceilândia e de todos os nordestinos. Agência Brasil, Brasília, 17 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.df.gov.br/noticias/item/332-feira-de-ceil%C3%A2ndia-e-de-todos-os-nordestinos.html>
8. ALVES, JED. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.13p.
9. ALVES, JED. Questões demográficas: fecundidade e gênero. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, nº09, 2004. 42p
10. ALVES, JED. Demografia e ideologia: trajetórias históricas e os desafios do Cairo +10. *Revista brasileira Est. Pop.*, Campinas, 20(2): 129-156, 2003
11. ALVES, JED. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, n.4, 2002. 56p
12. ALMEIDA, PVB. ZANOLLI, ML. O papel do pediatra no PSF Paidéia de Campinas (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1):1479-88, 2011.
13. AMARAL, NN. CUNHA, MCB. LABRONICI, RHDD. OLIVEIRA, ASB. GABBAI, AA. Assistência domiciliar à saúde (*Home Health Care*): sua história e relevância para o atual Sistema de Saúde. *Rev Neurociência* 9(3):111-17, 2001.
14. AMARANTE, P. O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria, 1ª reimpressão da 1ª ed, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000.
15. ANTUNES, FP. COSTA, MCN. PAIM, JS. VIEIRA DA SILVA, LM. CRUZ, AA. NATIVIDADE, M. et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. *Cad. Saúde Pública*, 29(7):1346-56, 2013.

16. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Segurança do paciente: boletim informativo. 2011. Acesso em : 08 de Julho de 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOL_ETIM+I.PDF?MOD=AJPERES
17. ARAÚJO, S. Distrito Federal está a um passo de ter a maior favela da America Latina. Correio Braziliense. Brasília, 04 de Setembro de 2013. Disponível em: www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2013/05/08/interna_cidadesdf,364811/distrito-federal-esta-a-um-passo-de-ter-a-maior-favela-da-america-latina.shtml
18. ARAÚJO, JS. SILVA, SED. CONCEIÇÃO, VM. SANTANA, ME. VASCONCELOS, EV. A obrigação de (des) cuidar: representação social sobre o cuidado à sequelados de Acidente Vascular Cerebral por seus cuidadores. Rev Min Enferm, 16(1):98-105, 2012.
19. ARAÚJO, D. LINCH, GFC. Cuidados paliativos oncológicos: tendências da produção científica. R. Enferm. UFSM, 1(2):238-45, 2011.
20. ARC. Administração Regional de Ceilândia. Conheça Ceilândia – RA-IX. Acesso em: 10/08/2013. Disponível em : <http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>
21. ARGILES, CTL. KANTORSKI, LP.WILLRICH, JQ. ANTONACCI, MH. COIMBRA, VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. Ciênc. Saúde coletiva, 18 (7): 2040-58. 2013.
22. AUGUSTO, I.; FRANCO, L. H. R. O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliária. Rev. LAES/HAES, 1(5):50-52, 1980.
23. AYRES, LFA. AMORIM, WM. PIVA, TCC. PORTO, FR. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. Hist. cienc. saude-Manguinhos, 19(3): 861-82, 2012.
24. AZEVEDO, MCCV.SOUZA, MFG. MACEDO, IP.MONTEIRO, AI. GERMANO, RM. As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência da desospitalização da assistência. Rev. Min. Enferm, 14(2):271-76, 2010.
25. BAGSHAW, SM. WEBB, SAR. DELANEY, A. GEORGE, C. PILCHER, D. HART, GK. et al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. Crit Care, 13(2), 2009.
26. BARCELÓ, A. LUCIANI, S. AGURTO, I. ORDUÑES, P. TASCA, R. SUED, M. Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção a saúde. Washington,D.C.,OPAS, 2012
27. BARRETO, ML. CARMO, EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, 12(Supl.):1179-90. 2007.
28. BARROS, LN. Atenção Domiciliar na regional de saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análises de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito no período de 2003 a 2010. 2012, 131p. Dissertação (Mestrado), Universidade de Brasília, Programa de Pós graduação em Medicina tropical, 2012.
29. BARROS, MBA. FRANCISCO, PMSB. ZANCHETTA, LM. CÉSAR, CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciência & Saúde coletiva, 16(9):3755-68, 2011.

30. BARROSO, SM. BANDEIRA, M. NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*, 25(9):1957-68, 2009.
31. BITTAR, OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em saúde- RAS*, 3(12), 2001.
32. BLAS, E. KURUP, AS (editors). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010.
33. BLOOM, DE. CAFIERO, ET. JANÉ-LLOPIS, E. ABRAHAMS-GESSEL, S. BLOOM, LR. FATHIMA, S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. Geneva: World Economic Forum; 2011. 47 p. [accessed 30 may 2012]. Available from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_011.pdf/
34. BONARDI, G. SOUZA, VBA. MORAES, JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 17(3):138-44, 2007.
35. BORGES, KF. SOLIMAN, F. PIRES, DO. SELIGMAN, R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Rev. HCPA*. 28(3):147-52, 2008.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 963 de 27/05/13. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU 28/05/13, Brasília, 2013a.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manula Instrutivo Melhor em Casa*. 19p. Brasília, 2013b
38. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo para Adesão dos Hospitais do S.O.S Emergências ao Programa Melhor em Casa*. 16p. Brasília, 2013c.
39. BRASIL, ACO. Promoção da saúde e funcionalidade humana. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 26(1): 1-4, jan./mar., 2013d.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. *Revista Ministério da Saúde e Municípios*. Secretaria Executiva. 2edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2013e.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Básicas (DAB). Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Competência: julho de 2013. 2013f. Acesso em: 07 de Agosto de 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1026, de 03 de junho de 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente a implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). 2013g.
43. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.208, de 18 de junho de 2013, Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, 2013h.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1505, de 24 de Julho de 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), 2013i.
45. BRASIL. Instituto de pesquisa econômica aplicada – IPEA- Situação social nos estados: Distrito Federal. 1ªedição. Brasília. Livraria do IPEA. 67p. Brasília, 2012a.

46. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria. 1.533 de 16 de Julho de 2012. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012b.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020. Brasília, 2011a
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política nacional da atenção básica, estabelecendo revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família (EACS) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2527 de 27 de Outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Brasil, 2011c.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2029 de 24 de Agosto de 2011. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. 2011d.
51. BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho / José Eustáquio Diniz Alves, Daniel de Santana Vasconcelos, Angelita Alves de Carvalho. Brasília, DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 10), 2010.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde. 2009, 416p.
53. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Projeto de implantação do programa de internação domiciliar do DF. Brasília- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008a.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)2008b.
55. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Resolução nº 56 de 12 de Novembro de 2008. Formaliza o Programa de Internação Domiciliar no DF. 2008c.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. 2006.
57. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.
58. BRASIL. Presidência da República. Portaria nº. 10.216 de 04 de Junho de 2001. Trata dos direitos e proteção as pessoas com transtornos mentais. 2001.
59. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069 de 13/07/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.
60. BRITO, F. A transição demográfica no contexto internacional. Textos para discussão. Belo Horizonte, n.317, 29p., UFMG/CEDELAR, 2007.

61. BITTENCOURT, RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional. 2010, 151p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
62. BITTENCOURT, RJ. HORTALE, VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática *Cad. saúde pública*, 25(7):1439-54, 2009.
63. BUSS, PM. PELEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
64. BUTLER, DC. PETERSON, S. PHILLIPS, RL. BAZEMORE, AW. Measures of social deprivation that predict health care access and need within a rural area of primary care service delivery. *Health Serv Res*, 2012.
65. CAETANO, JRM. BORDIN, IAS. PUCCINI, RF. PERES, CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36:285-91, 2002.
66. CAIRUS, HF. RIBEIRO JUNIOR, WA. O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005. 252p.
67. CALDEIRA, AP. FERNANDES, VBL. FONSECA, WP. FARIA, AA. Internações pediátricas por condições sensíveis a atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, 11(1):61-71. 2011.
68. CAMARANO, AA (Organizadora). Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, Ipea, 2010. 350p.
69. CAMARGOS, M. C. S. PERPETUO, I. H. O. MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6):379-86, 2005.
70. CAMARGOS, MCS. MACHADO, CJ. RODRIGUES, RN. Expectativa de Vida livre de incapacidade funcional para idosos: um estudo comparativo para o Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 1998 e 2003. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Departamento de Demografia - CEDEPLAR /UFMG, 2008.
71. CAMARGOS, MCS. RODRIGUES, RN. MACHADO, CB. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Cienc. Saude Coletiva*, 14(5):1903-9, 2009.
72. CAMPOLINA, AG. ADAMI, F. SANTOS, JLF. LEBRÃO, ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1217-29, 2013.
73. CAPILHEIRA, M. SANTOS, IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(6):1143-53. 2011.
74. CARAMELLI, P. BARBOSA, MT. SAKURAI, E. SANTOS, EL. BEATO, RG. MACHADO, JCB. GUIMARÃES, HC. TEIXEIRA, AL. The Pietà study: epidemiological investigation on successful brain aging in Caeté (MG), Brazil. Methods and baseline cohort characteristics. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 69(4):579-84, 2011.

75. CARREIRO, A. SANTOS, J. RODRIGUES, F. Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3):106-13, 2013.
76. CASSIS, SVA. KARNAKIS, T. MORAES, TA. CURIATI, JAE. QUADRANTE, ACR, MAGALDI, RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 53(6): 497-501, 2007.
77. CASTRO, JP. São Vicente de Paulo e a Magnificiência de suas Obras. Petrópolis, Vozes, 1957.
78. CATTALINI, M. PRADO, SER. BELLUCCI, GA. LOLI, V. VIDAL, VGO. ERRERIAS, CC. Efeitos do atendimento domiciliar sobre os marcadores bioquímicos e os parâmetros biofísicos de portadores de síndrome metabólica. *Cuidarte Enfermagem, Catanduva /São Paulo*, 6(1):15-23, 2012.
79. CATTANI, RB. GIRARDON-PERLINI, NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 6, n. 2, 2006.
80. CECCON, RF. BORGES, DO. PAES, LG. KLAFKE, JZ. VIECILI, PRN. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. *Ciênc. saúde coletiva*, 18(5):1411-16, 2013.
81. CHAVES, LDP. ANSEMI, ML. Explanatory factors for the variation in hospitalizations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16:287-92, 2008.
82. CHRISTENSEN, K. DOBLHAMMER, G. RAU, R. VAUPEL, JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*; 374(9696):1196-208, 2009.
83. CLARES, JWB. FREITAS, MC. ALMEIDA, PC. GALIZA, FT. QUEIROZ, TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene, Fortaleza*, 12(n. esp.):988-94, 2011.
84. CLARK, NM. Management of chronic disease by patients. *Annu Rev Public Health.*, 24:289-313, 2003.
85. CORDEIRO, HA. KOIFMAN, R. NEVES, JRM. OLIVEIRA, CM. GOULART, MV. LAZZARO, N, et al. Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: I- Etapa diagnóstica. *Revista de Saúde Pública*, 11:119-33, 1977.
86. COSTA, LS. GADELHA, CAG. BORGES, TR. BURD, P. MALDONADO, J. VARGAS, M. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, 46(Supl):76-82, 2012.
87. COSTA, AA. TREVISAN, ER. Mudanças psicossociais no contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais. *Saúde em Debate*, 36(95):606-14, 2012.
88. COSTA, TF. CEOLIM, MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)*, (4):776-84, 2010
89. CRIGHTON, EJ. ELLIOTT, SJ. MOINEDDIN, R. KANAROGLOU, P. UPSHUR, REG. An exploratory spatial analysis of pneumonia and influenza hospitalizations in Ontario by age and gender. *Epidemiol Infect*, 135:253-61, 2007;

90. CRUZ-ESCOBOSA, MI. SORROCHE-RODRÍGUEZ, JF. PRADOS-GARCÍA, F. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad. Sobre La atención sanitaria recibida. *Index Enferm*, Granada, 15(54), 2006.
91. DAL BEN, LW. GAIDIZNSKI, RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19:100-8, 2006.
 92. DAL BEN, LW. Instrumento para dimensionar horas de assistência de enfermagem residencial. 2000. Dissertação (mestrado). São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 2000.
93. DALVIM., RMB. TORRES, GV. DANTAS, SMM. LIMA, VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: Características socioeconômicas e de saúde. *Rev Lat Americ Enferm*, 12(3):518-24, 2004.
94. DANTAS, MSA. PONTES, JF. COLLET, N. Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. *Rev Gaúcha Enferm*, 23(3):73-80, 2012.
95. DEL DUCA, GF. MARTINEZ, AD. BASTOS, GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cienc Saude Coletiva*. 17(5):1159-65, 2012.
96. DEL DUCA, GF. NADER, GA. SANTOS, IS. HALLAL, PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(7):1403-10, jul, 2010
97. D. INNOCENZO, M. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev bras enferm*, 59(1):84-8, 2006.
98. DIVANI, AA. VAZQUEZ, G. BARRETT, AM. ASADOLLAHI, M. LUFT, AR. Risk actors associated with injury attributable to falling among elderly population with history of stroke. *Stroke*; 40(10): 3286-92, 2009.
99. DODIN, A. Humanismo de São Vicente de Paulo. Editora Vicentina, 322p., 1979.
100. DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michingan (USA): Health Administration Press, p. 77-125, 1980.
101. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 14(11): 1115-18, 1990.
102. DRUCKER, LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(5):1285-94, 2007
104. DUARTE, YAO. DIOGO, MJE. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, YAO. DIOGO, MJE. (organizadores). *Atendimento domiciliar: um enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000, 630 p.
105. DUARTE, EC. BARRETO, SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4): 529-32, 2012.
106. DUNCAN, BB. CHOR, D. AQUINO, EML. BENSENOR, IM. MILL, JG. SCHMIDT, MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*, 46(Supl.1):126-34, 2012.

- 107.DUTRA, MM. MORIGUCHI, EH. LAMPERT, MA. FIGUEIREDO, CEP. Validade preditiva de instrumento para identificação de idosos com risco de hospitalização. *Rev Saúde Publica*, 45(1):106-12, 2011.
- 108.ESPINEL-BERMUDEZ, MC. SÁNCHEZ-GARCÍA, S. JUARÉZ-CEDILHO, T. GARCÍA-GONZÁLEZ, JJ., VIVEROS-PÉREZ, A. GARCÍA-PEÑA, C. Impacto de un programa de atención domiciliar al enfermo crónico em ancianos: calidad de vida y reingreso hospitalarios. *Salud pública de México*, México, 53(1), 2011.
- 109.ESTRELLA, K. OLIVEIRA, CEF. SANT'ANNA, AA. CALDAS, CP. Detecção de risco para internação hospitalar em uma população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):507-12, 2009.
- 110.FABRÍCIO, SCC. WEHBE, G. NASSUR, FB. ANDRADE, JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. 12:721-6, 2004;
- 111.FARACO, MM. Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em unidade de terapia intensiva. 2013, 207p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.
- 112.FELDMAN, LB. GATTO, MAF. CUNHA, ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*, 18(2):213-9, 2005.
- 113.FERNANDES, VBL. CALDEIRA, AC. FARIA, AA. NETO, JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*, 43(6):928-36, 2009.
- 114.FERREIRA, D.P. Indicadores em Saúde: Construção e Uso. In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. (Orgs.). *Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. 1ªed. São Paulo: Ícone, 2002. p:259-70.
- 115.FEUERWERKER, LCM. MERHY, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, 24(3):180-8, 2008.
- 116.FIELDING, J. KUMANYKA, S. Recommendations for the concepts and form of Healthy People 2020. *Am J Prev Med*, 37(3):255-257, 2009.
- 117.FIGUEIREDO, RM. MAROLDI, MAC. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 46(1):145-50, 2012.
- 118.FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. OPAS, 2002, 328p.
- 119.FLORIANI, CA. SCHRAMM, FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Home care for the elderly: problem or solution?. *Cad. Saúde Pública*, 20(4):986-94, 2004.
- 120.FRATEZI, FR. GUTIERREZ, BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva*, 16(7):3241-48, 2011
- 121.FREITAS, FCG. BREVIDELLI, MM. Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2471-80, 2012.
- 122.FRIPP, JC. FACHINNI, LA. SILVA, SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no

123. Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(1):69-78, 2012
124. FUGULIN, FMT. Parâmetros oficiais para dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº293/2004. 2010. 154p. Tese (livre docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
125. FUGULIN FMT, GAIDZINSKI RR, KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(1):72-8, 2005.
126. FRIPP, JC. FACCHINI, LA. SILVA, SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*;21(1):69-78, jan-mar.2002.
127. GADELHA, P. NORONHA, JC. PEREIRA, TR. . Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro, A. Editora Fio Cruz. 2012, 323p.
128. GALVÃO, CR. PINOCHET, LHC. VIEIRA, MA. MIQUELÃO, R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. *Mundo da saúde*, São Paulo,;35(4):427-437, 2011
129. GARBINATO, LR. BÉRIA, JU. FIGUEIREDO, ACL. RAYMANN, B. GIGANTE, LP. PALAZZO, LS. AERTS, DRGC. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(1):217-24, 2007.
130. GARCIA, EL. BANEGAS, JR. PEREZ-REGADERA, AG. CABRERA, RH. RODRIGUEZ-ARTALEJO, F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*, 14(2): 511-20, 2005.
131. GASPAR, JC. OLIVEIRA, MAC. DUAYER, MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2007;41(4):616-28
132. GIACOMIN, KC. UCHOA, E. LIMA-COSTA, MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Pública* [online], 21(5):1509-18, 2005.
133. GILES, MF. ROTHWELL, PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*, 30(1):205-6, 2008
134. GIOVANELLA, L. MENDOÇA, MHM. ALMEIDA, PF. ESCOREL, S. SENNA, MCM. FAUSTO, MCR, et al., Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(3):783-794, 2009.
135. GOMES, KO. COTTA, RMM. EUCLYDES, MP. TARGUETA, CL. PRIORE, SE. FRANCESCHINI, SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(Supl.1):1473-82, 2009.
136. GONÇALVES, AC. NORONHA, CP. LINS, MPE, ALMEIDA, RMVR. Análise envoltória de dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*, 41(3):427-35, 2007.

- 137.GOUVÊA, CSD. TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática; Patient safety indicators for acute care hospitals: a systematic review. *Cad. saúde pública*, 26(6):1061-78, 2010.
- 138.GRATÃO, ACM. TALMELLI, LFS. FIGUEIREDO, LC. ROSSET, I. FREITAS, CP. RODRIGUES, RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*, 47(1):137-44, 2013
- 139.GUELLI, A. A influência da arquitetura na recuperação do paciente. *Saúde Business, Suplemento Especial Arquitetura Hospitalar, Fornecedores Hospitalares*. São Paulo: IT Mídia, ano 14: 44-45, 2006.
- 140.GUERRA, IC. RAMOS-CERQUEIRA, ATA. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):585-92, 2007.
- 141.HAM, C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007. (Engl), 21(1):59-66, 2012.
- 142.HANASHIRO, M. et al. Care alternatives for pediatric chronic mechanical ventilation. *Jornal de Pediatria*,87(2):145-49, 2011.
- 143.HANSSON, H. KJAERGAARD, H. SCHMIEGELOW, K. HALLSTRÖM, I. Hospital-based home care for children with cancer: a qualitative exploration of family member's experiences in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*; 21(1): 59-66, 2012
- 144.IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2011. Breve análise da mortalidade no período 2000-2011. Rio de Janeiro, 2012.
- 145.IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sinopse do Censo 2010. Rio de Janeiro, 2011.
- 146.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sobre condição de saúde de idosos – indicadores selecionados. IBGE, 2009a. 18p.
- 147.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. 2009b. 152p.
- 148.INOCENTI, A. RODRIGUES, IG. MIASSO, AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev. Eletr. Enf*, 11(4):858-65, 2009;
- 149.JACINTO, PA. TEJADA, CAO. SOUZA, TRV. Efeitos das condições macroeconômica sobre a saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 44(2):310-17, 2010.
- 150.JACK, BW. CHETTY, VK. ANTHONY D. et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med.*;150(3):178-187, 2009.
- 151.JAICHAND, V. Public interest litigation strategies for advancing human rights in domestic systems of law. *International Journal on Human rights*, 1(1):126-141, 2004.
- 152.JENCK, SF. WILLIAMS, MV. COLEMAN, EA. Rehospitalizations among patients in the medicare - Fee-for service program. *N Engl J Med*, 360(14):1418-28, 2009.
- 153.KERBER, NPC. KIRCHHOF, ALC. CEZAR-VAZ, MR. Atenção domiciliar e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. *Acta paul. Enferm*, 23(2):244-50, 2010.

- 154.KIELING, RI. Janela de oportunidade demográfica: um estudo sobre os impactos econômicos da transição demográfica no Brasil. Porto Alegre, 2009. 102f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia). Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009
- 155.KLOCK, AD. HECK, RM. CASARIM, ST. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. *Texto & Contexto – Enfermagem*,14:237-45, 2005
- 156.KOHN, L. CORRIGAN, J. DONALDSON, M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC:Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine:National Academy Press, 2000.
- 157.KURGANCT, P. MELLEIRO, MM. TRONCHIN, DMR. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev. bras. enferm*, 61(5):539-44, 2008.
- 158.LACERDA, MR. GIACOMIZZI, CM. OLINISKI, SR. TRUPPEL, TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamenta a sua prática. *Saúde e Sociedade*, 15(2):88-95, 2006.
- 159.LACERDA, SM. GAZOLLA, JM. LOPES, AB. LEMOS, NFD. CORDEIRO, RC. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(2):329-42, 2011.
- 160.LEÃO, ER. SILVA, CPR. ALVARENGA, DC. MENDOÇA, SHF. Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão. *Yendis*. 2008. 336p.
- 161.LIMA, MT. NOGUEIRA, FMD. O modelo brasileiro de assistência a pessoa com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 26(1):128-38, 2013.
- 162.LIMA, NT. SANTANA, JP. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. ABRASCO, 2006, 232p.
- 163.LIMA-COSTA, MF; VERAS, R.. Saúde pública e envelhecimento. *cadernos de saúde pública*, 19(3):700-01, 2003.
- 164.LINCK, CL. BIELEMANN, VLM. SOUSA, A S. LANGE, C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. *Acta paul. Enferm*, 21(2):1982-94, 2008.
- 165.LOPES, LMM. SANTOS, SMP. Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Rev Enferm Referência*, 3(2):181-189, 2010.
- 166.LIPTON, HL. Home Is Where the Health Is: Advancing Team-Based Care in Chronic Disease Management. *Arch Intern Med*, 169(21):1945-8, 2009.
- 167.LOYOLA FILHO, AI. MATOS, DL. GIATTI, L.ALFRADEQUE, ME. PEIXOTO, SV. LIMA-COSTA, MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 13(4), 2004
- 168.LUCENA, MS. BEZERRA, AFB. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(9):2447-56, 2012.
- 169.MACHADO, LF. DAHL, CM. CARVALHO, MCA. CAVALCANTI, MT. . Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. *J Bras Psiquiatr*,56(3): 208-18, 2007.

- 170.MALTA, DC. CEZÁRIO, AC. MOURA, L. NETO, OLM. SILVA JÚNIOR, JB. A Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serviço Saúde*, 15(1):47-65, 2006.
- 171.MALTA, DC. MERHY, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2010
- 172.MALTA, DC. SILVA JÚNIOR, JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 22(1), 2013.
- 173.MANDÚ, ENT. GAÍVA, MAM. SILVA, MA. SILVA, AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 17(1):131-4, 2008.
- 174.MAROLDI, MAC. CALIARI, JS. PONTE, LCRD. FIGUEIREDO, RM. Internação domiciliar: Caracterização de Usuarios e cuidadores; *InterNacion DOMICILIARIA: caracterización de los usuarios y cuidadores; cuidado Home: caracterização dos usuários e cuidadores. CuidArte, Enferm*, "(1):24-29, 2012.
- 175.MARTELLI, DRB. SILVA, MS. CARNEIRO, JA. BONAN, PRF. RODRIGUES, LHC. MARTELLI-JUNIOR, H. Internação Domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo HU em casa. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 21(1): 147-157, 2011
176. MELLO, PCB. GOULART, FS. FREITAS, MRS. HAUBRICH, PAN. MELLO, VF. Projeto de gerenciamento de casos: uma história de sucesso. *Rev Enferm Atual*, 59(10):25-28, 2010.
- 177.MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. *Organização Panamericana de Saúde*, 2012, 512p.
- 178._____. As redes de atenção a saúde. *Organização Panamericana de Saúde*, 2011, 516p.
- 179._____. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009.
- 180.MENDES, RAGCS. Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Fernandes Figueira: limites e possibilidades na construção de uma prática integral no cuidado à criança dependente de tecnologia. 2005, Rio de Janeiro, 153p. DISSERTAÇÃO (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira.. 2005
- 181.MENDES, W. Home care: uma modalidiae de assistência à saúde. Rio de Janeiro, UERJ, UnATI, 2001, 112p.
- 182.MERHY, EE. Integralidade: implicações em xeque. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-13.pdf>>. Acesso em: 24 Junho de 2013.
- 183.MERHY, EE. A cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2, 2002.

- 184.MESQUITA, SRAM. ANSEMI, ML. SANTOS, CB. HAYASHIDA, M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005;13:555-61.
- 185.MEZZADRI, Luigi. São vicente de Paulo, uma Caridade sem Fronteiras. Lisboa, 1996.
- 186.MOCELIN, HT. FISHER, GB. RANZI, LC. ROSA, RD. PHILOMENA, MR. Oxigenoterapia domiciliar em crianças: relato de sete anos de experiência. *Jornal de Pneumologia*, 27:148-52, 2001;
- 187.MONK-TUTOR, MR. The U.S. home infusion market. *Am J Health Syst Pham*, 55: 2019-25, 1998.
- 188.MONTEIRO, MFG. A carga de doença associada com algumas causas de internação hospitalar realizada pelo SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(1) : 7 - 14
- 189.MONTEIRO, RBC. LAURENTINO, GEC. MELO, PG. CABRAL, DL. CORREA, JCF. TEIXEIRA-SALMELA, LF. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. *Ciência e saúde coletiva* 18(7):2011-27, 2013.
- 190.MORAES, EN. Atenção à saúde do idoso:aspectos conceituais. Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 2012, 98p.
- 191.MORAES, EN. Principios básicos de geriatria e gerontologia. Coopmed. 2008.
- 192.MOREIRA, ML. DUTILHNOVAES, HM. Internações no Sistema de Serviços Hospitalares SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev Bras Epidem*, 14(3):411-22, 2011.
- 193.MORGADO, A. LIMA, L. A. (1994) Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J. Bras.Psiquiatria*, 1(43):19-28,1994.
- 194.MOURA, A. O nordeste é aqui. Ceilandia.com, 09 de Setembro de 2012. Disponível em: http://www.ceilandia.com/?page_id=1848
- 195.MOURA, BLA. CUNHA, RC. AQUINO, R. MEDINA, MG. MOTA, ELA. MACINKO, J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, 10(Supl.1):583-91, 2010.
- 196.MOWBRAY, CT. COLLINS, MR. PLUM, TB. MASTERTON, T. MULDER R. Harbinger I: The development and evaluation of the first PACT replication. *Adm Policy Ment Health*, 25(2): 105-123, 1997a.
- 197.MOWBRAY, CT. PLUM, TB. MASTERTON, T. Harbinger II: development and evolution of assertive community treatment in Michigan. *Adm Policy Ment Health*, 25(2):125-139, 1997b.
- 198.MUKAI, AO. ALVES, KSC. NASCIMENTO, LFC. Análise espacial das internações por pneumonia no Vale da Paraíba (SP). *J Bras Pneumol*, 35:753-8, 2009.
- 199.NAVES, LK. Avaliação da intubação gástrica dos usuários em um programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário. São Paulo, 2010, 105p. Dissertação (Mestrado),Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- 200.NERI, AL. "Feminização da velhice." Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora SESCSP, p.47-64, 2007.
- 201.NOTESTEIN, F. Population: the long view. In: SCHULTZ, T.W. (Ed.) *Food for the world*.Chicago: Universit of Chicago Press, 1945.

- 202.OEPPEN, J. VAUPEL, JW. Bronken limits to expectancy. Science. New York, v.296. n.5570, p.1029-1031, 2002.
- 203.OLIVEIRA, SG. GARCIA, RP. QUINTANA, AM. BUDÓ, MLD. WÜNSCH, S. SILVEIRA, CL. Dinâmica de organização dos cuidadores familiares do paciente terminal em internação domiciliar. Cienc Cuid Saude, 10(4):674-81, 2011.
- 204.OLIVEIRA, ARS. COSTA, AGS. ARAÚJO, TL. AQUINO, PS. PINHEIRO, AKB. XIMENES, LB. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. Rev. Eletr. Enf, 15(2):317-25, 2013.
- 205.OLIVEIRA, BRG, VIERA, CS. COLLET, N. LIMA, RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev. bras. Epidemiol, 13(2):268-77, 2010
- 206.OLIVER, DP. DEMIRIS, G. WITTENBERG-LYLES, E. WASHINGTON, K. NOVAK, H. A systematic rewire of the evidence base for telehospice. Telemed J E Health; 18(1):38-47, 2012.
- 207.OLSHANSKY, SJ. CARNES, B. MANDELL, MS. Future trends in human longevity: implacations for investementes, pensions and the global economy. Pensions: An international Journal, London, v.14, n.3, p. 149-163, 2009.
- 208.OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil [acessado em 20 de Junho de 2013]. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf.
- 209.OMS. Organização Mundial da Saúde. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde; 18-22 de maio de 2009; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2009 (Resolução WHA62.14) [acessado em 03 de maio de 2013]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.
- 210.OMS. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.
- 211.ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis [Internet]. Sexagésima Sexta Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro-28 de dezembro de 2011, Nova York (NY), EUA. Nova York: UN; 2012 (Resolução A/RES/66/2) [acessado em 23 de março de 2012]. Disponível em: <http://daccessddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>.
- 212.OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para as Américas. Consulta Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde na Região das Américas; 8-9 de agosto de 2011; San José, Costa Rica [acessado em 03 de maio de 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=264.
- 213.OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

- 214.PASCHOAL, SMP. Autonomia e independência. In: PAPALÉO-NETTO, M, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 311-23.
- 215.PASKULIIN, LMG. VALER, DB. VIANNA, LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS,Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio Grande do Sul, 16(6):2935-44, 2011.
- 216.PASKULIN, LMG. DIAS, VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. Rev Bras Enferm, Brasília (DF), 55(2): 119-25, 2002.
- 217.PAZ, AA. SANTOS, BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. Rev Bras Enferm. [on line], vol.56, n.5, PP.538-541, 2003.
- 218.PDAD (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios). PDAD 2004 - dados agregados para o Distrito Federal e Regiões Administrativas. Brasília: SEPLAN - Subsecretaria de Estatística e Informações, vol. 1, 162p., 2004.
- 219.PDAD (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios). PDAD de Ceilândia 2010/2011. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Vol.1, 54p., 2011.
- 220.PEDREIRA, LC. LOPES, RLM. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. Rev Bras Enf, Brasília, 63(5):837-40, 2010.
- 221.PEDRO, KS. MARCON, SS. Perfil e vivências dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF – Núcleo de Estudos, Pesquisas, Assistências e Apoio a Família. OBJN 2007. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/653/153>.
- 222.PEIXOTO, SV. GIATTI, L. ALFRADIQUE, ME. LIMA-COSTA, MF. Custos das internações hospitalares entre idosos brasileiros no Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 13(4):239-46, 2004.
- 223.PEREIRA, RA. SANTOS, EB, FHON, JRS. MARQUES, S. RODRIGUES, RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm USP, 47(10):185-92, 2013.
- 224.PEREIRA, MJB. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar- potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 256p.. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2001.
- 225.PERLS T., KUNKEL, L.M., PUCA, A.A. The genetics of exceptional human longevity. Journal of Molecular Neuroscience, 19(1-2):233-38, 2002.
- 226.PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev.Esc.Enferm.USP, 32(2):153-68, 1998.
- 227.PINHO, MA. Saúde mental, discurso social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]:817-28, 2009.
- 228.PINTO, JMS. NATIONS, MK. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no nordeste. Ciênc. Saúde coletiva. 17(2):521-30, 2012.
- 229.PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal los duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de Saúde familiares e Gestão los agrupamentos de Centros de Saúde. Cien.saúde coletiva, 16(6): 2841-52, 2011.
- 230.POULAIN, M. Identificação de área geográfica caracterizada pela extrema longevidade na Ilha da Sardenha. Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 50, p. 48-50, 2010.

231. PORTER, R. Cambridge história ilustrada da medicina. Revinter. 2008. 432p
232. POT, AM. PORTRAIT, F. VISSER, G. PUTS, M. VAN GROENOU, MIB. DEEG, DJH. Utilization of acute and long-term care in the last year of life: comparison with survivors in a population-based study. BMC Health Serv Res, 2009.
233. PRADO, EP. Guía de buenas prácticas en atención primaria com perspectiva de género. Index Enferm, Madrid, Espanã. 20(4):1132-296, 2011.
234. QUEIROGA, RPF. SÁ, LD. NOGUEIRA, JÁ. LIMA, VER. SILVA, ACO. PINHEIRO, PGOD. et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande – 2004 a 2007. Rev Bras Epidemiol, 15(2):222-32, 2012.
235. RABELLO, CAFG. RODRIGUES, PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de teconologia. Ciênc. Saúde Coletiva, 15(2):379-88, 2010
236. RACOVEANU, NT. JOHANSEN, KS. Tecnología para el mejoramiento contínuo de la calidad de la atención sanitaria. Foro Mundial Salud 1995; 16: 158-65.
237. RAMOS, LR (organizador). A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, LR, TONIOLO-NETO, J. Guia de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Manole; 2005. p. 1-7
238. RAVEN, MC. BILLINGS, JC. GOLDFRANK, LR. MANHEIMER, ED. GOUREVITCH MN. Medicaid Patients at High Risk for Frequent Hospital Admission: Real-Time Identification and Remediabale Risks. J Urban Health. 86(2):230-41. 2009
239. REBKE, M. COULSON, T. BECKER, PH. VAUPEL, JW. Reproductive improvement and senescence in long-lived-bird. Proc nath Acad Sci, USA, 107(17):7841-46, 2010.
240. REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. 4(2):36- 41, 2002.
241. REHEM, TCMSB. TRAD, LAB. Assistência domicilair em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Cienc Saúde Coletiva, 10(Supl.):231-42, 2005
242. REMOR, LC. REMOR, CAM. MIRANDA, CDA. VARVAKIS, G. Indicadores de saúde como apoio à gestão do Sistema Único de Saúde. Revista científica interncional. Ano3. N15. 2010.
243. REQUENA, LA. MORENO, MR. TORRUBIA, AP. RODELES DPR. MAINAR, GPM. IZQUIERDO, MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria, 28(10):652-56, 2001.
244. RIBEIRO, AG. COTTA, RMM. RIBEIRO, SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc. saúde coletiva, 17(1): 7-17, 2012.
245. RICCI, NA. KUBOTA, MT. CORDEIRO, RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública, 39(4):655-62, 2005.
246. RIPSA (Rede Interagencial de Informações para Saúde). Acesso em 15 de julho de 2013. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>
247. RIZZI, M. GRASSI, M. PECIS, M. ANDREOLI, A. TAURINO, AE. SERGI, M, et al. A Specific Home Care Program Improves the Survival of Patients With Chronic

- Obstructive Pulmonary Disease Receiving Long Term Oxygen Therapy. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(3):395-401, 2009
- 248.ROBINE JM. MICHEL, JP. Ansioso para uma teoria geral sobre o envelhecimento da população. *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59;M590-97, 2004.
- 249.ROCHA, MPF.VIEIRA, MA. SENA, RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 6, p. 801, 2008.
- 250.RODRIGUES, IG. O significado dos cuidados paliativos oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico. Ribeirão Preto, 2009, 203p. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.
- 251.ROONEY,A. A História da Medicina. Das Primeiras Curas aos Milagres da Medicina Moderna. M.books. 2012, 216p,.
- 252.ROSEN G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucite/editora da Universidade Estadual Paulista, 1994
- 253.SALAZAR, A. Estrada C, Porta R, Lolo M, Tomas S, Alvarez M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med*. 16(3):121-3, 2009.
- 254.SALVATO, MA. FERREIRA, PC. DUARTE, AJM. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Est. econ.*, São Paulo,40(4):753-91, 2010.
- 255.SANCHES, A. O futuro dos Hospitais. *Revista fornecedores hospitalares*, ano 18, edição 178, 100p., 2010, p.34-44. Acesso em: 20/12/2012. Disponível em: http://issuu.com/revista_fh/docs/fh_178
- 256.SÁNCHEZ SALGADO, CD. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, 4:7-19, 2002.
- 257.SANTOS, EA. TAVARES, DMS. RODRIGUES, LR. DIAS, FA. FERREIRA, PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus, residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm USP*, 47(2):393-400, 2013
- 258.SANTOS, BRL. EIDT, OR. PASKULIN, LMG. SAGEBIN, HV. WITT, RR. O domicílio como espaço do cuidado. In: Congresso brasileiro de enfermagem. Congresso brasileiro de enfermagem: cuidar ação terapêutica de enfermagem. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem Salvador (BA), ABEn-Seção Bahia, 1998, Brasil... il. p. 121-32. 1999, 446 p
- 259.SANTOS, L. Mudança no modelo assistencial em saúde mental: desospitalização e fortalecimento da rede. *Caderno saúde mental* 4. Saúde mental: transmitindo experiências. 2011. 10p.
- 260.SANTOS, LR. LEON, CGRMP. FUNGHETTO, SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva*, Brasília, 16(Supl.1):855-63, 2011.
- 261.SANTOS, NMF. TAVARES, DMS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enf USP*. 46(4)960-6. 2012.
- 262.SCHMIDT, MI. DUNCAN, BB. AZEVEDO E SILVA, G. MENEZES, AM. MONTEIRO, CA. BARRETO, SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 377(9781):1949-61, 2011.
- 263.SCHOUT, D. NOVAES, HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cienc Saude Coletiva*, 12(4):935-44, 2007.

- 264.SERAFIM, AP. RIBEIRO, RAB. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. *Com Ciência Saúde*, 22(2):163-68, 2011.
- 265.SILVA, LA. CASOTTI, CA. CHAVES, SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):221-232, 2013.
- 266.SILVA, BCN. SILVA,MP. Brasil e Europa: uma análise comparativa das estruturas etárias. *Scripta Nova Revista electrónica de geografía y ciencias sociales Universidad de Barcelona. Depósito Legal*, 2010.
- 267.SILVA, JAP. FREIRE, DG. MACHADO, MFAS. Cuidados maternos à saúde da criança em ambiente domiciliar frente ao serviços de saúde. *Rev. Rene*, 11(Número Especial): 186-194, 2010.
- 268.SILVA, KL. SENA, RR. SEIXAS, CT. FEUERWERKER, LCM. MERHY, EE. Atenção domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*, 44(1):166-76, 2010.
- 269.SILVA, KL. SENA, R. LEITE, JCA. SEIXAS, CT. GONÇALVES AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39:391-7, 2005.
- 270.SILVEIRA, TM. CALDAS, CP. CARNEIRO, TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1629-38, 2006.
- 271.SINGH, D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- 272.SOUZA, LL. COSTA, JSD. Internações por condições sensíveis a atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública*, 45(4):765-72, 2011.
- 273.SOUZA, ER. CORREIA, BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidente e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6):2753-62, 2010.
- 274.SOUZA, SLSP. Os aspectos jurídicos da atenção domiciliar na saúde suplementar. 2009, 76p. Monografia (Bacharelado em Direito), Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2009.
- 275.SOUZA, SLSP. Os aspectos jurídicos da atenção domiciliar na saúde suplementar. 2009. 76f. Monografia (Bacharelado em Direito). Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2009. Spain. *Qual Life Res.* 2005;14(2):511-20.
- 276.SOUSA, L. GALANTE, H. FIGUEIREDO, D. Qualidade de vidas e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364, 2003.
- 277.TAMAKI, EM. TANAKA, OY. FELISBERTO, E. ALVES, CKA. DRUMOND JÚNIOR, M. BEZERRA, LCA. CALVO, MCM. MIRANDA, AL. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 17(4):839-49. ISSN 1413-8123, 2012.
- 278.TANNURE, MC. ALVES, M. SENA, RR. CHIANCA, TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. bras. enferm. [online]*, 63(5): 817-22, ISSN 0034-7167, 2010.

- 279.TAVALORI, CEL. FERNANDES, F. MEDINA, P. O desenvolvimento do home care no Brasil. *Rev ADM em Saúde*. 9(3), 2000.
- 280.TEIXEIRA, CF. PAIM, JS. VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, 7(2):7-28, 1998.
- 281.THEODORE, K. Chronic non-communicable diseases and the economy. *West Indian med. j.* [online]., 60(4):392-96, ISSN 0043-3144, 2011
282. THOMPSON, W. "Population". *The American Journal of Sociology* 34 (6): 959-975. 1929.
283. THUME, E. FACCHINI, LA. TOMASI, E. VIEIRA, LAS. Saraiva. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.6, pp. 1102-1111. Epub Sep 17, 2010. ISSN 0034-8910.
- 284.TIBALDI, V. ISAIA, G. SCARAFIOTTI, C. GARIGLIO, F. ZANOCCHI, M. BO, M, et al. Hospital at Home for Elderly Patients With Acute Decompensation of Chronic Heart Failure A Prospective Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med.* [Article]. 169(17):1569-75, 2009.
285. TORRES, GV. REIS, LA. REIS, LA. FERNADES, MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do nordeste. *J bras psiquiatr*, 58(1):39-44, 2009.
- 286.TURRA, CM. Os limites do corpo: a longevidade em uma perspectiva demográfica. *rev. ufmg, belo horizonte*, 19(1 e 2):156-81, 2012
- 287.UESUGUI, HM. FAGUNDES, DS. PINHO, DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm*, 24(5):689-94, 2011.
- 288.UN- United Nations. Human Development report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. United Nations, 2013a. 28p.
- 289.UNITED NATIONS (UN). World population prospects – the revision 2012. Highlights and advance tables . New York: Department of Economic and Social Affairs – Population Division, 2013b.
- 290.UNITED NATIONS. World population prospects 1950-2050 - the 2004 revision. New York: Department of Social and Economic Affairs - Population Division, 2005.
- 291.UNITED NATIONS (UN). World population prospects – the 2002 revision. New York: Department of Economic and Social Affairs – Population Division, 2003.
- 292.UNITED NATIONS (UN). World population ageing 1950-2050. New York: United Nations, 2002. 484p.
- 293.URBANETTO, JS. MARCO, R. CARVALHO, SM. CREUTZBERG, KFO. MAGNAGO, TBS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 65(6):950-4, 2012.
- 294.URSINE, PGS. CORDEIRO, HA. MORAES, CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciências & saúde coletiva* 16(6):2953-2962, 2011.
- 295.VASCONCELOS, AMN; GOMES, MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(4):10.
- 296.VECINA NETO, G. MALIK, AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* [online].12(4):825-39, 2007

297. VERAS, RP. CALDAS, CP. DANTAS, SB. SANCHO, LG. SCSÚ, B. MOTTA, LB. CARDINALE, C. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Rev Psiquiatr*, 35(1): 5-12, 2007.
298. VERAS, RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3):548-54, 2009;
299. VERAS, RP. Gerenciamento de doenças crônicas: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública*, 49(6):929-34, 2012.
300. VERDI, MIM. ROS, MA. CUTOLO, LRA. Modelo biomédico e modelo de determinação social de saúde. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/190>, 2010.
301. VERNIER, Eliane Tatsch Neves; CABRAL, Ivone Evangelista. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores, Santa Maria (RS), 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. *Rev Soc Bras Enferm Pediatr*, 6(1):37-45, 2006.
302. VIDAL, CEL. BANDEIRA, M. GONTIJO, ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr*. 57(1):70-79, 2008.
303. VON KORFF, M. GRUMAN, J. SCHAEFER, J. CURRY, SJ. WAGNER, EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*, 127:1097-1102, 1997.
304. WANG, KWK. BERNARD, A. A technology-dependent children and their families: a review. *J Advanced Nurs*, 45(11):36-46, 2004
305. WATKINS, L. An evidence-based strategy for transitioning patients from the hospital to the community. *NC Med J*, 73(1):48-50, 2012.
306. WHO (World Health Organization). Health topics: Chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. [accessed 06 August 2013]. Available from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
307. WHO (World Health Organization). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176p
308. WHO (World Health Organization). Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
309. WHO (World Health Organization). World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007. Geneva: WHO Press, 2006. 56 p.
310. WHO (World Health Organization). World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. WHO, 2005.
311. WHO (World Health Organization). The atlas of heart disease and stroke. Geneva, 2004.
312. WHO – World Health Organization.. The World health report, 2003: Shaping the future. World Health Organization, 2003.193p.
313. WONG, LLR. CARVALHO, JA. O rápido processo de envelhecimento populacional brasileiro: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira Estatística Populacional*. São Paulo. 23(1):5-26, 2006.

11 APÊNDICES

11.1 Apêndice: Aprovação no comitê de Ética em Pesquisa Científica



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0446/2011

PROCOLO Nº DO PROJETO: 184/2011 – LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DESOCUPAR LEITOS HOSPITALARES OCUPADOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 10/10/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 19 de outubro de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0446/2011 - CEP/SES/DF.

Brasília, 19 de outubro de 2011.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR do(a): **HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA (com vistas à Chefia do NRAD) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 184/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DESOCUPAR LEITOS HOSPITALARES OCUPADOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS**” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 10/10/2011

Validade do parecer: 10/10/2013

Pesquisador responsável e telefone: EMERSON FACHIN MARTINS – (61) 3376-6042

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

AL-CEP/SES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
 SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

11.2 Apêndice: Escala de avaliação de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola

Capacidade Funcional

A avaliação do grau de dependência do usuário para a execução das Atividades da Vida Diária segue conforme a Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

Escala de avaliação da incapacidade funcional da cruz vermelha espanhola	
Grau 0 (zero)	Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
Grau 1 (um)	Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
Grau 2 (dois)	Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
Grau 3 (três)	Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade ajudado por pelo menos uma pessoa.
Grau 4 (quatro)	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
Grau 5 (cinco)	Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Parâmetros de classificação das AVDs e AVPs e Admissão no PID

- **Atividades da Vida Diária (AVDs):** alimentação, banho, higiene, vestuário, transferência e continência;
- **Atividades da Vida Prática (AVPs):** lavar, cozinhar, trabalhos domésticos, telefonar, comprar, utilizar meios de transporte, cuidar dos medicamentos ou das tarefas.
- **Admissão no PID:** Pacientes classificados entre os graus 4 e 5

11.3 Apêndice: Escala de avaliação de complexidade assistencial adaptada para o DF com base na Escala da Equipe de Atenção Domiciliar de Cascavel no Paraná (2007)

CUIDADO REQUERIDO	PONTUAÇÃO
CUIDADO DE ENFERMAGEM	
Independente	0
Parcialmente dependente	2
Totalmente dependente	5
CUIDADOS DE FISIOTERAPIA	
Independente	0
Necessidade de cuidados fisioterápicos	2
TERAPIA NUTRICIONAL	
Suplemento oral	1
Gastrostomia	2
Sonda Nasoenteral	3
Jejunioileostomia	3
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	
Sem tratamento medicamentoso	0
Com tratamento medicamentoso	1
OXIGENOTERPIA	
Dependência de oxigênio suplementar por ventilação não invasiva. Admissão automática pelo POD	19
DISPOSITIVOS	
Sonda Vesical de Demora ou Cistostomia	1
Traqueostomia	2
LESÕES CUTÂNEAS	
Úlcera de Pressão Grau I	1
Úlcera de Pressão Grau II	2
Úlcera de Pressão Grau III	5
Úlcera de Pressão Grau IV	19
RESULTADO	
0- 18 Pontos	Baixa Complexidade Assistencial = Acompanhamento pelas UBS
≥19 Pontos	Média Complexidade Assistencial = Acompanhamento pelo PID

Apêndice 11.4 Experiência de desospitalização do DF apresentada no laboratório de Inovações do Ministério da Saúde 2013:

Laboratório de inovações em Atenção Domiciliar

1. **Instituição proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

· Endereço: SAIN 916 Parque Rural SES/DF CEP 70.086-900

· Município/Estado: Brasília/DF

· CNPJ: 00.394.700/0001-08

2. **Autor (es):** Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas (Gerente de Atenção Domiciliar/SES-DF), Edna Suzuki, M. Katallini A. Costa, Márcia S. Evangelista, Valdenisia A. Alencar, Sara Dias dos S. A., M. Fernanda D. C. de Almeida.

3. **Contato:**

· Telefone: (61) 3328-6261/2575

· E-mail de contato: gead.saude.df@gmail.com

4. **Eixo:** Gestão da Atenção Domiciliar

5. **Tema Principal:** Pactuação de fluxos das equipes de AD com os pontos de atenção

6. **Título do Trabalho:** Protocolo de fluxo de desospitalização para pacientes clinicamente estáveis, internados em enfermaria, com possibilidade de continuidade de tratamento no domicílio e residentes no Distrito Federal.

7. **Resumo estruturado**

· **Período em que foi desenvolvida:** março a dezembro de 2012

· **Abrangência:** Rede de Saúde da SES-DF

· **Número de pessoas beneficiadas:** estimativa de 13,5 % dos pacientes internados na Rede SES com CIDs elegíveis para atenção domiciliar (**Anexo 1**)

· **Atores envolvidos:** Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), Diretoria de Áreas Estratégicas (DIAE) da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Gerência de Gestão da Atenção Primária (GEGAPS), Núcleo de Gestão de Leitos do Hospital de Base (HBDF), Gerência de Medicina Complementar e Apoio Diagnóstico do HBDF, Unidade de Neurocirurgia do HBDF, Gerência de Enfermagem, Gerência de Assistência social, Núcleo Regional de Atenção Domiciliar do Hospital de Ceilândia.

· **Descrição dos dispositivos, técnicas, ferramentas, métodos ou processos de trabalho utilizados:**

A organização de Sistemas e Serviços de Saúde passa pela discussão do conceito de Redes de Atenção à Saúde e na aplicação de um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar os diversos pontos de atenção à saúde: a gestão da clínica, cujos principais pilares são as diretrizes clínicas, representados pelos protocolos clínicos e pelos protocolos de fluxo.

A sistematização de um fluxo de desospitalização para a Rede de Serviços é de fundamental importância para que essa Rede passe a funcionar de forma integrada, centrada

no usuário, de forma contínua e interdependente, com responsabilização compartilhada dos trabalhadores da saúde.

Com esse objetivo, foi formado grupo de trabalho representativo da SES, tanto da administração central quanto dos hospitais, que se reuniu semanalmente por três meses, a fim de elaborar proposta de protocolo de fluxo de desospitalização para pacientes clinicamente estáveis, internados em enfermaria, com necessidade de continuidade de tratamento no domicílio e residentes no Distrito Federal.

Para a representação gráfica do trabalho proposto, foi utilizada a ferramenta “Fluxograma Analisador/Descritor” (**Anexo 2**): instrumento que ajuda a revelar o processo de trabalho, podendo mostrar os obstáculos e propiciar discussões para ultrapassá-los. Os símbolos desse fluxograma têm o seguinte significado: elipse - entrada e saída do fluxo; losango – decisão; e retângulo - consumo de recurso, ação.

A utilização de indicadores para o monitoramento e o acompanhamento do fluxo permitirá constante aperfeiçoamento do processo de trabalho dos serviços, por meio da construção de pacto de gestão e compromisso dos pontos de atenção responsáveis.

Indicadores propostos:

- Taxa de desospitalização para AD: nº de desospitalizados selecionados por mês/local pelos pacientes que foram efetivamente assumidos pela atenção domiciliar (AD1, AD2; AD3).
- Taxa de tempo de desospitalização para AD: tempo de solicitação de alta por mês/local pelas altas efetivas para AD;
- Taxa de re-hospitalização: nº de pacientes que foram desospitalizados por mês/local pelo nº de pacientes que necessitaram de re-hospitalização.
- Taxa de estabilização/melhora clínica de pacientes desospitalizados: nº de pacientes que foram desospitalizados que estabilizaram ou melhoraram clinicamente no domicílio.

Após a conclusão da proposta de fluxo, houve os seguintes desdobramentos:

- a) Encaminhamento para a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS): instância da SES que analisa e viabiliza a institucionalização dos protocolos, por meio de consulta pública durante 60 dias no site da SES e posterior deliberação do Secretário de Saúde.
- b) Paralelamente à consulta pública, houve fóruns de discussão da Proposta de Fluxo com servidores da Administração Central (SAPS; Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS); Diretorias de Atenção à Saúde (DAS) e Colegiado de Gestão da SES, do Hospital de Base e das 15 Coordenações Gerais de Saúde (GGS), com ampla discussão para média de 30 a 50 participantes em cada Regional de Saúde.
- c) Realização de Projeto Piloto a partir da Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base.
- d) Incorporação de sugestões durante Consulta Pública.
- e) Aprovação do Protocolo pela CPPAS, com previsão de institucionalização do mesmo pela SES-DF e publicação no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) em Março de 2013.

• **Resultados obtidos:** em curso, havendo a desospitalização de 02 pacientes internados seguindo o fluxo proposto de um total de 18 monitorados pela GEAD durante os meses de janeiro de fevereiro de 2013; esse monitoramento continuará nos meses vindouros, por meio

do registro em planilha dos casos para desospitalização, contato com os setores para os quais o Formulário de Avaliação de Desospitalização (FAD) foi encaminhado e detecção das dificuldades encontradas a fim de se procurar soluções para sua efetivação.

· Por que considera a experiência de caráter inovador e quais aspectos/características limitantes da experiência:

A experiência tem caráter inovador pela proposta de gestão de qualidade na administração pública, norteada por duas idéias centrais: a) o planejamento permanente e transparente das atividades, com o envolvimento e valorização dos servidores e a gestão participativa; b) o foco nas demandas e satisfação do cliente – “usuário-centrada”, procurando articular eficiência e efetividade, além da viabilidade de se trabalhar na mudança do modelo tecnoassistencial hegemônico, hospitalocêntrico, proposto pela Atenção Domiciliar e na construção de Redes de Atenção à Saúde.

As limitações estão na conscientização e apreensão de novos conceitos e processos de trabalho de gestores e profissionais que atuam nos serviços, que influenciam na aplicação do fluxo em suas práticas do dia a dia: sua importância para a desocupação dos leitos (redução dos custos hospitalares; rodizio de novos casos para os residentes), para a humanização do cuidado (atendimento no domicílio, com co-participação da família/cuidador no plano terapêutico singular, melhoria da qualidade de vida do paciente), para a organização dos serviços (responsabilização, integralidade da atenção).

Tais conceitos/valores serão absorvidos a médio/longo prazos por gestores e profissionais do serviço, viabilizando a aplicação do fluxo, por meio de monitoramento e acompanhamento, educação continuada e permanente e da motivação dos mesmos.

Obs.: O protocolo de fluxo de desospitalização foi concebido em função do organograma institucional da SES-DF, cujas denominações de cargos e desenho organizacional correspondem aos de outros serviços públicos de saúde, bem como a forma de classificar os pacientes em AD1, AD2 e AD3 que utiliza um instrumento específico: essa definição fica a cargo do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de cada Estado ou Município, tendo por base a Portaria nº 2.527/2011.

Formulário de Avaliação de Desospitalização			
Nome do paciente:		Sexo:	
Data de Nascimento:		Nº SIS:	
Nome do responsável/grau de parentesco:		Tel:	
Nome do Hospital Regional:			
DADOS DA ENFERMARIA	CLÍNICA:	LEITO:	TEL.:
ANEXAR IMPRESSÃO DA FICHA CADASTRAL ATUALIZADA DO PACIENTE			
Regional de Saúde do Domicílio:			
Nome do médico assistente, CRM e contato telefônico:			
Nome do supervisor de enfermagem, COREN e contato telefônico:			
DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR ATUAL			
AVALIAÇÃO MÉDICA			
Tempo de internação hospitalar:	Data de admissão:	Motivo da internação:	
Diagnóstico principal:			CID:
Diagnósticos secundários:			
Intercorrências durante internação:			
Esteve Internado em UTI:	() Sim () Não	Esteve em Isolamento:	() Sim () Não
SE SIM, QUAL O PATÓGENO:			
Medicamentos para uso domiciliar	() Sim () Não	Vias de administração:	
Antibioticoterapia	() Sim () Não	SE SIM, QUAL/ FREQÜÊNCIA/ DURAÇÃO/ DOSAGEM/VIA	
		SE SIM, ANEXAR FICHA PREENCHIDA DE CONTROLE DE ANTIMICROBIANO	
NECESSIDADE DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	() SIM () NÃO	SE "SIM", HOUVE AVALIAÇÃO DO PNEUMOLOGISTA? () SIM () NÃO	
Necessidade de suporte ventilatório	() Concentrador () CPAP () BIPAP () VMI		
Necessidade de:	() Diálise peritoneal domiciliar () Paracetese		
Pendência de parecer de especialidade	() Sim () Não	SE SIM, QUAL O MOTIVO:	
Necessidade de monitorização contínua?	() Sim () Não		
Necessidade de acompanhamento domiciliar de:	() Nutricionista () TO () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Psicólogo () Outro, qual?		
Exames realizados/laudos:			
() Radiografia	() Tomografia	() EDA	() CPRE
() Broncoscopia	() Sorologias	() USG	() Colonoscopia
Outros:			
Observações complementares:			
Data:	Assinatura Médico Assistente/carimbo		
AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO			
Via de Alimentação	() Oral () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT		

origem
do paci

DI

DI

2

im

12

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

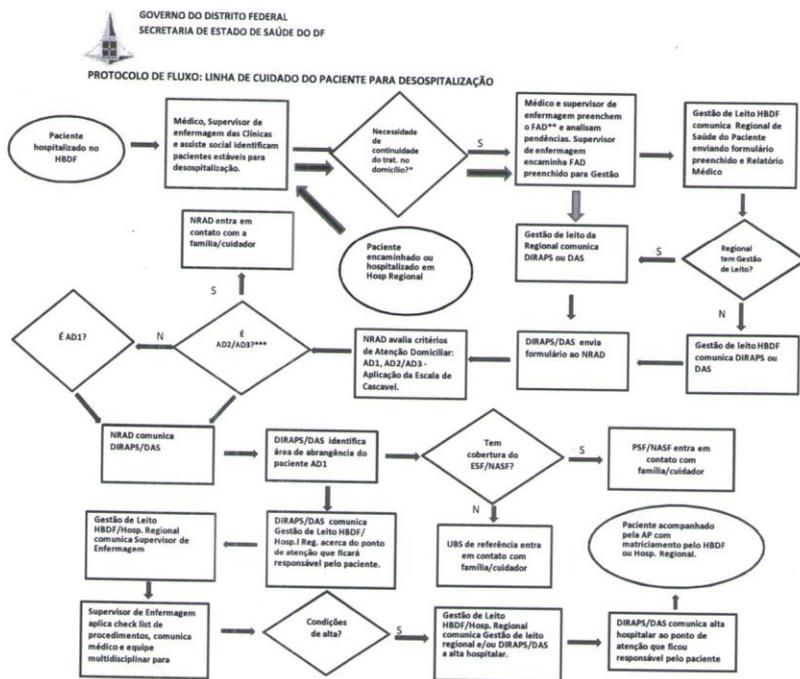
3

3

3

3

Eliminações	<input type="checkbox"/> fisiológicas <input type="checkbox"/> Colostomia	
Grau de Dependência (Escala da Cruz Vermelha Espanhola)	Grau 0 ()	Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
	Grau 1 ()	Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
	Grau 2 ()	Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
	Grau 3 ()	Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade ajudado por
	Grau 4 ()	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo
Grau 5 ()	Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.	
Úlceras por pressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local/Quantidade/Grau por local:	
Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Cânula Metálica <input type="checkbox"/> Cânula Plástica	
	<input type="checkbox"/> Sem Secreção <input type="checkbox"/> Hipersecretiva	
Sonda vesical de demora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SE SIM, QUAL O MOTIVO:	
Data:	Assinatura Enfermeiro/carimbo	
PREENCHIMENTO NRAD		
Modalidade de atenção:	<input type="checkbox"/> AD1	<input type="checkbox"/> AD2 <input type="checkbox"/> AD3
Data:	Nome do profissional do NRAD/assinatura:	
PREENCHIMENTO DA DIRAPS/DAS		
Unidade responsável pelo acompanhamento do paciente:		
Identificação, endereço e contato da equipe responsável pelo paciente:		
Data:	Nome DIRAPS/DAS/assinatura:	
Observações complementares:		



* Paciente em cuidado paliativo, com necessidade de oxigenoterapia domiciliar, antibioticoterapia endovenosa e outros.
 ** Formulário para Avaliação de Desospitalização de pacientes
 *** Pacientes com perfil para AD2 que não pontuarem pela Escala de Cascavel (classificação da complexidade assistencial levando em consideração a integralidade da atenção realizada por uma equipe multiprofissional), como: pacientes usuários de dieta enteral domiciliar; com necessidade de sessões de fisioterapia respiratória, motora ou cardiovascular; fonoterapia e/ou outras terapias isoladamente, serão atendidos pelos Núcleos específicos de categorias profissionais como o Núcleo de Nutrição e Dietética hospitalar; Núcleo de reabilitação e outros, respectivamente.

11.5 Apêndice: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Stricto sensu – Mestrado

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica para esclarecer informações sobre internação hospitalar e domiciliar no SUS, intitulada “Contribuições da Internação Domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS”. Tal pesquisa será desenvolvida no Hospital Regional de Ceilândia.

O termo presente é desenvolvido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante, e objetiva esclarecer o perfil dos pacientes internados e caracterizar tais internações tanto no âmbito hospitalar quanto na internação domiciliar. O estudo será desenvolvido por grupo de trabalho composto pelo Dr. Emerson Fachin Martins - (61) xxxx xx xx e conta com a Msn Valdenisia Apolinario Alencar - (61) xxxx xx xx.

Sua contribuição será em entrevista, autorização para avaliação de dados referentes a internação contidos em prontuários, livros de registros e outros documentos que contenham informações de internações domiciliares e hospitalares. O participante poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que lhe traga constrangimento e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem causar-lhe nenhum prejuízo.

Os dados ficarão sob responsabilidade do autor da pesquisa e armazenados em banco de dados da UnB e Secretaria de Estado de Saúde do DF, sendo garantida a privacidade e confidencialidade dos voluntários envolvidos.

Assinatura da pesquisadora responsável
Valdenisia Apolinario Alencar

Assim declaro que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados ao meu respeito serão confidenciais e poderão ser utilizados para fins acadêmicos. Compreendo que neste estudo, participarei da entrevista e os dados da minha internação poderão ser pesquisados para fins de estudo e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhuma restrição.

Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para pesquisador telefone celular xxxx xx xx, trabalho xxxx xxxx ou residencial xxxx xx xx, no horário de 08h as 18h.

Declaro que estou ciente das informações contidas no presente termo, e concordo com a minha participação neste projeto.

Nome:

Assinatura _____

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Documento baseado na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde publicado no Diário Oficial 201, 16/96.

Contato Institucional

Pesquisador responsável
Valdenisia Apolinario Alencar
Contato: (61) 3021 9603 (61)84032845
valdenisiaenf@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF CEP/FEPECS
Protocolo de pesquisa número 414/2010 – CEP/FEPECS/SES-DF
Telefone: (61) 3325 4955
Email: www.fepecs.cep.br/comite.php

11.5 Mapa de Ceilândia com registro das áreas de abrangência das UBS

