

MARIA LEOPOLDINA DE CASTRO VILLAS BÔAS

PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL: AVANÇOS  
E DESAFIOS

BRASÍLIA

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA LEOPOLDINA DE CASTRO VILLAS BÔAS

PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL NO:  
AVANÇOS E DESAFIOS

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu

Co-orientador: Prof. Dr. Mauro Sanchez

BRASÍLIA

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1019406.

Villas Bóas, Maria Leopoldina de Castro.  
V726p Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal  
: avanços e desafios / Maria Leopoldina de Castro  
Villas Bóas. -- 2014.  
xix, 159 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Faculdade  
de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde, 2014.  
Inclui bibliografia.  
Orientação: Helena Eri Shimizu ; Co-orientação:  
Mauro Sanchez.

1. Saúde pública. 2. Epidemiologia. 3. Cuidadores.  
4. Cuidados médicos. 5. Medicina da família. 6. Medicina  
primitiva. I. Shimizu, Helena Eri. II. Sanchez, Mauro  
Niskier. III. Título.

CDU 614

MARIA LEOPOLDINA DE CASTRO VILLAS BÔAS

PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL NO:  
AVANÇOS E DESAFIOS

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de dezembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Helena Eri Shimizu  
Presidente da Banca  
Universidade de Brasília

Professora Doutora Raquel Rapone Gaidzinski  
Universidade de São Paulo

Professor Doutor Ouviaomar Flores  
Universidade de Brasília

Professor Doutor Edgar Mércan-Hamann  
Universidade de Brasília

Professora Doutora Janeth Naves  
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho aos meus filhos Leila, Gustavo e Luciana.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pai nosso que sempre nos cobre com sua benevolência e graças em todos os momentos de nossa vida.

Agradeço a meus pais, Aldemar e Marinalva, *in memoriam*, que oportunizaram, a mim e aos meus irmãos, educação e formação voltadas para responsabilidade, respeito e amorosidade.

Agradeço ao meu irmão Dema, que herdou de nosso pai, a capacidade de acolher e apoiar quem dele necessitasse.

Agradeço aos meus filhos Leila, Gustavo e Luciana, aos genros Eric e Lucas e ao netinho Rafael, o apoio incondicional e a motivação para seguir em frente.

Agradeço aos mestres que tive a honra de compartilhar seus ensinamentos como o Professor Manoel Pereira do Valle (Colégio São Luís, São Paulo), Professor Antonio Carlos Rivoredo (orientador de dissertação de mestrado – Universidade de Campinas, São Paulo), Professora Renira Lisboa de Moura Lima (co-orientadora de dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas), Professora Georgette de Almeida Castro (revisora de dissertação de mestrado e minha tia, *in memoriam*, Universidade Federal de Alagoas), Professora Helena Eri Shimizu (orientadora da tese de doutorado), Professor Mauro Sanchez (co-orientador da tese de doutorado) e Professora Raquel Rapone Gaidzinki (membro efetivo e externo da banca, Universidade de São Paulo).

Agradeço a Milton Menezes, a amizade e a parceria de trabalho, seja no Ministério da Saúde, seja na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa em Atenção Domiciliar instituído em 2009, nas pessoas de Graciene Silveira Santos, Maurício Neiva Crispim, Ruth Helena Gutierrez Aben-Athar, Tania Gonçalves Borges, Helena Eri Shimizu, José Ricardo Pio Marins e Sarah Maria Nery Blamires Komka, pelas importantes contribuições que propiciaram a elaboração do presente trabalho.

Agradeço a Edna Fujie Nakamai a amizade e o apoio na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Agradeço à Fabíula Holler Mendes, Carla Cristina Carneiro R. Santana, Karine Mendes Nunes e demais colaboradoras da Gerência de Atenção Domiciliar a dedicação e a competência.

Agradeço aos chefes de Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar e aos membros das equipes a confiança, a participação na coleta de dados desta pesquisa e a grata satisfação de compartilhar das experiências vivenciadas por vocês, trazendo humanização e qualidade ao atendimento de nossos pacientes e de suas famílias.

*“Os pacientes sabem que não somos deuses. Tudo o que pedem é que não sejam abandonados”*

*Cicely Saunders*



## RESUMO

A atenção domiciliar no Brasil é uma modalidade assistencial recente, principalmente no Sistema Único de Saúde, apresentando-se como alternativa consistente à intervenção hospitalar, tendo em vista as tendências epidemiológicas atuais, a economia da saúde, e especialmente a humanização do cuidado do paciente e de sua família. Assim, é fundamental a definição de critérios objetivos para admissão nesta modalidade, bem como a avaliação da qualidade prestada, para fins de organização e aperfeiçoamento do serviço que deverá ter características de integralidade e longitudinalidade. Os objetivos foram descrever o perfil epidemiológico e clínico da população assistida pelo Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal; desenvolver instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar e verificar sua validade e reprodutibilidade; e avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo Programa. Para descrever o perfil desses pacientes foi realizado estudo transversal e descritivo no período de janeiro de 2012 a agosto de 2013. A elaboração do instrumento de classificação assistencial foi realizada por especialistas e submetida à validade consensual e de conteúdo e a pré-teste antes de sua versão final. A aplicação ocorreu nos períodos de julho e agosto de 2012 e de junho e julho de 2013 para a amostra aleatória de 252 pacientes, por examinadores treinados. Para a estimativa da validade, foram consideradas as medidas de sensibilidade e especificidade; como teste, o instrumento elaborado e como padrão ouro, a classificação atribuída pelos especialistas. No estudo de reprodutibilidade foi utilizada a estatística *Kappa*. Para o questionário de responsividade foi realizado estudo exploratório e descritivo nos meses de junho e julho de 2013, pela aplicação de dispositivo semi-estruturado aos pacientes e cuidadores do Programa, contemplando o perfil sócio-demográfico dos mesmos e a análise de quatro dimensões do cuidado. O perfil geral dos pacientes caracterizou-se por pessoas idosas – acima de 60 anos - (62,66%), do gênero feminino (55,78%), portadoras de doenças cardiovasculares (26,37%), na modalidade de baixa complexidade assistencial (61,49%). O instrumento proposto de classificação assistencial obteve como melhor ponto de corte o número 21 em relação ao padrão ouro, com Sensibilidade de 75,56 % com os limites do IC (95%) iguais a 68,31% e 82,80% e Especificidade igual a 53,27% com os limites do IC (95 %) iguais a 43,82%

e 62,72%. As respostas do questionário de responsividade indicaram satisfação dos usuários nos seguintes aspectos: indicação do serviço para alguém (99,22%) e muita confiança nos profissionais (93,6%). Aspectos com menor satisfação foram: cumprimento de agendamento de visita (67,33%) e tempo de espera para receber primeira visita (59,22%). O Programa de Internação Domiciliar vem assistindo predominantemente pacientes com perfil de baixa complexidade, de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, desvirtuando sua potencialidade de desospitalizar pacientes crônicos de média complexidade, seu público-alvo. O instrumento desenvolvido para classificação de complexidade assistencial apresentou evidências de validade e reprodutibilidade. Foi verificado alto grau de satisfação do serviço entre seus pacientes e cuidadores, o que pode indicar a consolidação da atenção domiciliar como modalidade substitutiva à intervenção hospitalar.

**Palavras-chave:** Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Epidemiologia Descritiva; Pacientes Domiciliares; Estudos de Validação; Reprodutibilidade dos Testes; Satisfação do Usuário; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidadores.

## ABSTRACT

In Brazil, especially in the Unified Health System, home care is a new care modality, presenting a consistent alternative to hospital intervention given the current epidemiological trends, health economics, and especially the humanization of care for patients and their families. Thus, it is essential to define objective criteria for admission in this modality, and evaluate the quality of care provided for purposes of organization and improvement of the service that should have characteristics of completeness and longitudinality. The objectives were the following: describing the clinical and epidemiological profile of the population assisted by the Home Care Program in Distrito Federal; developing an instrument for classifying the care complexity of patients in home care, and checking its validity and reproducibility; and evaluating users' satisfaction with the services provided by the Program. From January 2012 to August 2013, a cross-sectional descriptive study was carried out to describe the profile of these patients. The development of the instrument for care classification was done by experts and submitted to consensual and content validity and pre-tests before the final version. The period of instrument application was during July and August 2012, and June and July 2013 for the random sample of 252 patients, by trained examiners. In order to estimate the validity, were considered the measures of sensitivity and specificity; as test, the instrument developed, and the classification given by experts as the gold standard. The Kappa statistic was used in the reproducibility study. For the responsiveness questionnaire, an exploratory and descriptive study was carried out during June and July 2013, through the application of a semi-structured mechanism to patients and caregivers of the Program, comprising their socio-demographic profile and the analysis of the four dimensions of care. The general profile of patients was characterized by elderly people, over 60 years (62.66%), females (55.78%), with cardiovascular diseases (26.37%), and in the low-complexity care modality (61.49%). The proposed care classification instrument obtained number 21 as the best cutoff regarding the gold standard, with Sensitivity of 75.56%, limits of CI (95%) equal to 68.31% and 82.80%, and Specificity equal to 53.27%, limits of CI (95%) equal to 43.82% and 62.72%. The answers of the responsiveness questionnaire indicated user satisfaction in the following aspects: recommending the service to someone (99.22%) and a high trust in professionals (93.6%). The aspects with less satisfaction were compliance with the visit schedule

(67.33%) and waiting time for receiving the first visit (59.22%). Predominantly, the Home Care Program has been assisting patients of low-complexity profile, which are responsibility of the Primary Health Care, hence depreciating its potential for dehospitalizing chronic patients of medium complexity, its target audience. The instrument developed for classification of care complexity provided evidence of validity and reproducibility. A high degree of service satisfaction was found among its patients and caregivers, which may indicate the consolidation of home care as a substitute modality to hospital intervention.

**Keywords:** Home care services; Home care; Epidemiology, Descriptive; Homebound Persons; Validation Studies; Reproducibility of Results; Consumer Satisfaction; Quality of health care; Caregivers.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modalidades de Atenção Domiciliar segundo as Portarias de nº.s 2.529/2006, 2.029/2011, 2.527/2011 e a RDC nº 11/2006, Brasília, 2011.....	19
Figura 2 - Mapa da RIDE-DF, Brasília, 2013.....	25
Figura 3 - Pirâmide da RIDE-DF, 2000 e 2010, Brasília, 2010.....	26
Figura 4 - Mapa das Regiões de Saúde do DF, segundo PDR 2007, Brasília, 2011.....	32
Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal e Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar, segundo ano de implantação e número de pacientes assistidos, Brasília, 2013 .....	56
Figura 6 - Curva ROC com alguns pontos de corte marcados, Brasília, 2014.....	99

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Brasília, 2010.....	27
Tabela 2 - Internações por Capítulo CID 10 no DF em setembro de 2014, Brasília, 2014 .....	28
Tabela 3 - Série histórica da produtividade dos NRAD de 2008 a 2014*, Brasília, 2014 .....	43
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo faixa etária e gênero, Brasília, 2013.....	56
Tabela 5 - Distribuição segundo Grupo de doença (CID 10), Brasília, 2013.....	57
Tabela 6 - Distribuição segundo modalidade assistencial, tempo de permanência e evolução clínica, Brasília, 2013.....	58
Tabela 7 - Número de procedimentos e média da duração (em minutos) realizados no domicílio pela equipe de enfermagem na primeira e na segunda etapa do estudo, Brasília, 2010 .....	74
Tabela 8 – Número e duração média de procedimentos domiciliares (em minutos) realizados pelo fisioterapeuta, nutricionista e médico, Brasília, 2010 .....	75
Tabela 9 – Variáveis da assistência direta e indireta, segundo número de procedimentos realizados, média em horas com os respectivos percentuais e tempo de deslocamento e de orientação geral, segundo tempo real em horas e percentual, Brasília, 2010 .....	77
Tabela 10 - Perfis dos pacientes moderados (AD2) e graves (AD3) do PID-DF, segundo parâmetros selecionados, Brasília, 2010.....	90
Tabela 11 - Interpretação de <i>Kappa</i> de acordo com <i>Landis</i> e <i>Koch</i> , Brasília, 2014.....	95
Tabela 12 - Equilíbrio entre Sensibilidade e Especificidade na indicação de AD2/AD3, Brasília, 2014 .....	97

Tabela 13 - Determinação do ponto de Corte Ótimo para o instrumento de classificação de complexidade assistencial, Brasília, 2014.....	99
Tabela 14 - Melhor ponto de corte com o padrão ouro definido pela Curva ROC, Brasília, 2014.....	101
Tabela 15 - Teste de KAPPA ponderado para avaliação da reprodutibilidade do instrumento, Brasília, 2014.....	102
Tabela 16 - Dimensões do PID-DF avaliadas na pesquisa, Brasília, 2013.....	111
Tabela 17 - Itens Avaliados por Blocos do instrumento de Coleta de Dados, Brasília, 2013 .....	112
Tabela 18 – Dados sócio-demográficos de pacientes e cuidadores do PID-DF, Brasília, 2013.....	115
Tabela 19 - Caracterização do atendimento dos profissionais, Brasília, 2013.....	117
Tabela 20 - Agilidade do serviço, Brasília, 2013 .....	117
Tabela 21 - Informação e comunicação, Brasília, 2013 .....	118
Tabela 22 - Apoio social e ao cuidador, Brasília, 2013 .....	118
Tabela 23 - Avaliação da expectativa e satisfação, Brasília, 2013.....	119
Tabela 24 - Opiniões categorizadas da pesquisa, Brasília, 2013.....	120

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores e percentuais de aplicação de recursos próprios em saúde para atendimento à Emenda Constitucional (EC), Brasília, 2010.....	29
Quadro 2 - Regiões de Saúde, Polos de Referência Distrital, Módulos Assistenciais, Coordenações Gerais de Saúde e Regiões Administrativas do DF segundo o PDR 2007, com atualização das atuais 31 RA, Brasília, 2013 .....	30
Quadro 3 - Capacidade de implantação de EMAD e EMAP por Região de Saúde e População DF 2010 – IBGE (100% de cobertura), Brasília, 2012.....	41
Quadro 4 - Instrumento para dimensionamento de tempo necessário para realização de procedimentos em visita domiciliar PID-DF, Brasília, 2009 .....	83



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

AD1 – Modalidade assistencial domiciliar um

AD2 – Modalidade assistencial domiciliar dois

AD3 – Modalidade assistencial domiciliar três

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVDs - Atividades de vida diária

CAD - Cadernos de Atenção Domiciliar

CAPS AD - Centro de Apoio Psicossocial para pessoas com problemas com álcool e outras drogas

CAPS i - Centro de Apoio Psicossocial para crianças e adolescentes

CEB - Companhia Energética de Brasília

BPA – Boletim de Procedimentos Ambulatoriais

CF - Clínica da Família

CFM - Conselho Federal de Medicina

CGAD - Coordenação Geral de Atenção Domiciliar

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças 10ª Edição

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COBRAD - Congresso Brasileiro de Assistência Domiciliar

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COIND - Coordenação de Internação Domiciliar

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CS - Centro de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAC - Doenças do aparelho circulatório

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DF - Distrito Federal

DIR - Diretoria da COFEN

DODF - Diário Oficial do Distrito Federal

DOU - Diário Oficial da União

EC - Emenda Constitucional

EMAD - Equipe multiprofissional de atenção domiciliar

EMAP - Equipe multiprofissional de apoio

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EV - Endovenoso

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FASAD - *Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile*

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FSESP - Fundação de Serviços Especiais em Saúde Pública

GEAD - Gerência de Atenção Domiciliar

GM - Gabinete do Ministro

HAB - Hospital de Apoio de Brasília

HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal

HCB - Hospital do Coração de Brasília

HCP - Hospital especializado em Cuidados Prolongados

HHCC - *Home Health Care Classification System*

HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília

HRAN - Hospital Regional da Asa Norte

HRBz - Hospital Regional de Brazlândia

HRC - Hospital Regional de Ceilândia

HRG - Hospital Regional do Gama

HRGu - Hospital Regional do Guarã

HRPa - Hospital Regional do Paranoá

HRPI - Hospital Regional do Planaltina

HRS - Hospital Regional de Sobradinho

HRSam - Hospital Regional de Samambaia

HRSM - Hospital Regional de Santa Maria

HRT - Hospital Regional de Taguatinga

HSPE - Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo

HSVP - Hospital São Vicente de Paula

IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IM - Intramuscular

ISM - Instituto de Saúde Mental

LACEN- Laboratório Central

LAMal – *Lóí federal sur l'Assurance Maladie* (lei federal do seguro-doença) da França

MS - Ministério da Saúde

NAMID - Núcleo de assistência médica a internados em domicílio

NAS - *Nursing Activities Score*

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar

NRAD – Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PID-DF- Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF- Programa de Saúde de Família

RAAS AD- Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde na Atenção Domiciliar

RAs - Regiões Administrativas do DF

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RIDE-DF- Rede Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno

RUE – Rede de atenção às urgências e emergências

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAMED - Serviço de assistência multiprofissional em domicílio

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SAS - Subsecretaria de Atenção à Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SCP - Sistema de Classificação de Pacientes

SES-DF - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SNE - Sonda naso-entérica

SNG - Sonda naso-gástrica

SSAD - Subsistema de Assistência Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Serviço de Verificação de Óbito

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

TSEE - Tarifa Social de Energia Elétrica

UCP - Unidade de internação em Cuidados Prolongados

UM - Unidade Mista

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

UnB - Universidade de Brasília

UNESCO - *United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization*

UPA - Unidade de Pronto Atendimento à Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VNA - *Visiting Nurses Association*

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3 ATENÇÃO DOMICILIAR: O POTENCIAL E A DIVERSIDADE DE UMA PRÁTICA</b> .....	10
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO GERAL E BRASILEIRO.....	10
3.2 AS TENSÕES E OS DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	21
3.3 ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL.....	24
3.3.1 A saúde no Distrito Federal: breve contexto demográfico, socio-econômico e de condições de saúde .....	24
3.3.2 A rede de saúde da SES-DF: gestão, estrutura e acesso.....	29
3.3.3 O Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal .....	33
<b>4 MÉTODO, RESULTADOS e DISCUSSÃO</b> .....	46
4.1 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL – BRASIL.....	47
4.2 TEMPO GASTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: SUBSÍDIO PARA DIMENSIONAR PESSOAL.....	69
4.3 ELABORAÇÃO, VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DE INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE PACIENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR .....	86
4.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS NÚCLEOS REGIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL.....	107
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	128
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	130

<b>7 APÊNDICES .....</b>	<b>140</b>
APÊNDICE A – Instrumento de classificação de complexidade assistencial da Atenção Domiciliar .....	140
APÊNDICE B – Termo de Adesão .....	143
APÊNDICE C – Perfil dos examinadores .....	144
APÊNDICE D – Manual do examinador .....	145
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	150
APÊNDICE F - Questionário de Responsividade do Serviço de Atenção Domiciliar do DF.....	151
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
ANEXO A - Documento de Aprovação do Comitê de Ética.....	159
ANEXO B - Escala do grau de dependência de Cascavel/PR (2007).....	160
ANEXO C - Conceitos - chaves da organização da assistência no âmbito do Distrito Federal que deverão ser observados no PDR .....	161



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a situação de saúde no mundo tem sido caracterizada pela presença hegemônica das condições crônicas, categoria que vai além do conceito de doenças crônicas, por agregar variáveis que ampliam sua análise do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde.

As condições crônicas são caracterizadas por doenças de início e evolução lentos (mais de três meses), de caráter multicausal, que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos, que levam ao aparecimento de vários sintomas e usualmente à perda da capacidade funcional; e requerem intervenções do sistema de saúde de forma integrada, contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, contidos em plano elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias. (1)

Dessa forma, as condições crônicas são representadas não somente pelas doenças tradicionalmente conhecidas como crônico-degenerativas ou crônicas não transmissíveis, mas também por condições agudas que podem evoluir para condições crônicas (traumas que deixam seqüelas de longa duração), doenças infecciosas persistentes (Vírus da imunodeficiência humano/ Síndrome de imunodeficiência Adquirida - HIV/AIDS, hepatites virais), doenças neuromusculares hereditárias da infância, distúrbios mentais de longo prazo, doenças metabólicas e outras, bem como apresentar períodos de agudização, muitas vezes causados pelo possível manejo inadequado dessas condições. (1)

O aumento das condições crônicas reflete mudanças demográficas, epidemiológicas e socioculturais, que são sensíveis ao comportamento da economia e ao desenho de políticas públicas. Embora estejam presentes em âmbito mundial, essas mudanças apresentam particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países, como no Brasil. (2)

Quanto aos aspectos demográficos, observa-se que a população brasileira vem envelhecendo em ritmo bastante acelerado em relação à maior parte das nações consideradas desenvolvidas, principalmente quando se observa a distribuição da população projetada para o grupo de idosos (60 anos ou mais de idade), no qual o aumento na participação relativa passará de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais. (3)

Além do envelhecimento populacional, há outros componentes demográficos que concorrem para o incremento das condições crônicas, como: taxa de fecundidade total em processo de queda, aumento na proporção de mulheres que não tiveram filhos nascidos vivos; e esperança de vida ao nascer em ascensão.

A correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica se torna evidente quando se observam, concomitantemente, parâmetros como mortalidade, morbidade, fatores de risco e carga das doenças.

Em relação à mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, os dados do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, em 2010, elas representavam 73,9% das causas de óbito, havendo, ao mesmo tempo, uma desaceleração recente na queda dessas taxas, provavelmente em razão do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência da obesidade e do diabetes, fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e várias outras doenças crônicas. (4)

Do ponto de vista da morbidade, e mais especificamente da morbidade hospitalar, nas internações do SUS referentes ao período de fevereiro de 2014, os cuidados prolongados (crônicos) figuram como a taxa de mortalidade mais alta em relação a outras especialidades no mesmo período: 30,49. (5)

Entre os fatores de risco associados às condições crônicas destacam-se: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social, que paralelamente ao processo de urbanização, acidentes de trânsito e violência, concorrem para que as condições crônicas aumentem em ritmo acelerado.

Em relação à carga das doenças, há de se contextualizar uma transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Nesses países, vem ocorrendo o que recentemente se definiu como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o forte predomínio relativo das doenças crônicas e de seus fatores de risco e o crescimento da violência e das causas externas. (6)

Já as mudanças de cunho sociocultural apontam para a existência de inúmeros padrões de organização dos arranjos familiares na Europa e no Brasil, onde se destaca, em primeiro lugar, o continuado crescimento da proporção dos

arranjos unipessoais, ou seja, de pessoas que vivem sós, que representavam 9,3% em 2002, passando para 13,2% em 2012, e a crescente participação da mulher na força de trabalho, o que diminui a disponibilidade de cuidadores potenciais para pessoas dependentes. (3)

O impacto econômico e social das condições crônicas tem sido enorme, tanto pelo aumento dos custos com serviços de saúde e utilização de novas técnicas assistenciais como pela redução da capacidade de trabalho, da autonomia e da qualidade de vida impostas por essas condições, gerando grandes efeitos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

A resposta social para a crescente demanda de cuidados para as condições crônicas remete especialmente para a necessidade de reorganização dos sistemas de atenção à saúde, possibilitando tanto sua viabilidade e sustentabilidade econômicas e maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, como a redução das iniquidades em saúde, por meio da produção de ações “usuário-centrado”, de modo integrado e concebido na lógica do modelo das Redes de Atenção à Saúde. (7)

Segundo MERHY (1998) o modelo vigente de saúde no Brasil está em crise, ponderando que a discussão das causas e soluções não é tão simples, uma vez que essa circunstância não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado, mas de outra questão:

... falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si [usuário] e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Tal afirmação enfatiza que os atos de saúde que são capazes de intervir nos problemas de saúde não estão provocando a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final, uma vez que aquele processo de produção de atos de saúde pode, preponderantemente, ser “procedimento centrado” e não “usuário centrado”.

Dessa maneira, o modelo assistencial voltado para a produção de procedimentos, consome intensamente “tecnologia dura”, definida por Merhy (8) como uma das categorias de tecnologias de trabalho centrada em máquinas e instrumentos, gerando mais necessidade de produção de procedimentos, isolamento

dos outros trabalhos em saúde, especialização tecnológico-dependente, corroborando, assim, para uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma.

Há ainda as “tecnologias leve-duras”, concebidas como as do conhecimento técnico e as “tecnologias leves”, voltadas para as das relações, que compõem, dessa forma, os processos de produção da assistência à saúde, determinando o núcleo tecnológico do trabalho.

Dessa forma, é importante apontar que o trabalho médico, em um modelo assistencial centrado no usuário, deva ser preponderantemente tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de forma multiprofissional e interdisciplinar, passando pelo re-ordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leve-duras.

Há que se considerar ainda, não se tendo a pretensão de esgotar o assunto, que a crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro vem se perpetuando ao longo dos anos, a despeito dos avanços conquistados pelo movimento de reforma sanitária no Brasil, principalmente no tocante à inadequação entre oferta e necessidade, estrutura de custos e financiamento possível, tecnologia existente e empregada e entre um modelo assistencial conformado pela gestão do Sistema Único de Saúde e um universo de demandas de saúde da população.

Tal modelo, conhecido como médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica (9) tem a característica de ser fragmentado, hospitalocêntrico, hierarquizado, organizado para a atenção das condições agudas, ou seja, acionado pela demanda da população, o que como se observou, não atende mais à situação de saúde vivenciada no país.

A superação desse modelo é discutida por MENDES (2011), que propõe a reformulação do modelo de atenção à saúde que seja integrado, que considere tanto as condições agudas quanto as crônicas, mas com priorização dessas últimas; com ações equilibradas na promoção da saúde e prevenção das doenças e na cura; no cuidado e reabilitação dos portadores de doenças ou agravos, baseado em evidências científicas; na integração dos recursos da comunidade, estabelecendo

padrões de qualidade e incentivos à saúde e melhorando a capacitação dos trabalhadores em saúde.

Esse modelo que agrega a coerência da situação epidemiológica às necessidades de saúde da população está concebido na lógica do modelo das Redes de Atenção à Saúde: organização horizontal de serviços de saúde, que permite prestar assistência contínua e de qualidade a uma determinada população e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população. Acredita-se, assim, que a criação de Redes de Atenção à Saúde, consubstanciada nessas premissas, seja um avanço para o sistema público de saúde.

Nesse contexto, surge a Atenção Domiciliar (AD), como modalidade de assistência considerada recente, apesar de sua demanda já existir de longa data (11). Sua implantação e viabilização podem significar uma adequação do modelo de assistência em saúde atualmente predominante, que tem características de baixa racionalidade e resolutividade, frente a algumas situações clínicas, especialmente a de doentes crônicos, que requerem cuidados, porém sem precisar necessariamente das estruturas hospitalar e hoteleira e de serviços de saúde por 24 horas.

Constitui-se, dessa forma, na modalidade que preenche essa lacuna, indo ao encontro às aspirações do paciente, da família, dos próprios serviços e dos trabalhadores da saúde, que atualmente estão sobrecarregados com a demanda específica.

Ao se reconhecer a AD como uma alternativa muito consistente, tendo em vista as tendências epidemiológicas atuais, a questão referente à economia da saúde e a necessidade da mudança do modelo tecno-assistencial vigente, é fundamental que os critérios sejam bem estabelecidos, tanto no que diz respeito à elegibilidade dos casos para esta modalidade, ao plano de seguimento e aos critérios de alta; definem-se, dessa maneira, os limites de atuação desta intervenção, já validada em outros países, porém ainda pouco consolidada no Brasil, com vistas a possibilitar a prestação de cuidados de qualidade e de forma oportuna.

Pensar na possibilidade de ampliar a cobertura a custos mais reduzidos e com melhor eficácia é bastante relevante, tanto em relação aos aspectos do

cuidador, da família e da vinculação afetiva desses pacientes, quanto do gasto público e gestão de recursos (12).

A criação de um instrumento que possibilite aos serviços uma forma de identificar a complexidade do cuidado que cada caso requer, permitirá às equipes um melhor dimensionamento do uso da capacidade instalada e, portanto, mais clareza no que se refere à capacidade de absorção de internações e também melhores condições para julgar prioridades.

Na análise da literatura consultada sobre métodos para classificar pacientes em internação domiciliar utilizados em outros países e em experiências brasileiras, há a referência inicial dos Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) que remontam à década de 60, fundamentados na carga de trabalho em enfermagem, dirigidos aos pacientes internados em hospitais (13); subseqüentemente, outros instrumentos foram desenvolvidos para calcular as intervenções nos pacientes atendidos em assistência domiciliar, dentre os quais: *Home Health Care Classification System* (HHCC) (14); *Intermediate -TISS: a new Therapeutic Intervention Scoring System for non-ICU patients. Crit Care Med* (15); *Nursing Activities Score* (N.A.S.) (16); Sistema de Classificação de Paciente: Aplicação de um Instrumento Validado (17); Análise da Validade de um Construto do Instrumento de Classificação de Pacientes Proposto por Perroca (18); Instrumento da *Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile* (FASAD) da Suíça (19); Instrumento da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID) (20); Instrumento do Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD) (20); Sistemas de classificação de Pacientes em Assistência Domiciliária (21).

Esses dispositivos, apesar de pontuarem de forma prática a organização dos serviços, têm-se direcionado, de uma forma geral, à classificação da complexidade da doença e não da assistência ao paciente; à carga de trabalho e/ou dimensionamento dos profissionais eminentemente de enfermagem, por meio da listagem e/ou duração temporal de intervenções de alta complexidade específicos dos serviços de *home-care* (atenção domiciliar de alta complexidade); a parametrização de intervenções sob a ótica do serviço privado, para fins de pagamento de procedimentos e/ou horas de trabalho, ou seja, focada no paradigma técnico-científico e comercial-empresarial da medicina.

Dessa forma, vislumbrou-se a carência de *expertise* nessa área e a necessidade da construção de um novo instrumento, para preencher a lacuna de um dispositivo específico que contemple a dimensão vinculante, humanizada, de natureza multiprofissional, com plano assistencial usuário-centrado do serviço público de atenção domiciliar, segundo os princípios e as diretrizes fundamentados na Política Nacional de Atenção Básica (22) e no próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta da atual pesquisa foi, além de elaborar e validar um instrumento de classificação da complexidade do cuidado ao paciente, conhecer seu perfil epidemiológico e sócio-econômico e avaliar a qualidade do serviço, a fim de melhorar o planejamento, a gestão e a organização do mesmo, inclusive com o subsídio para o dimensionamento de uma equipe multiprofissional básica de atenção domiciliar, aqui considerada como constituída por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta.

Para avaliar a qualidade do serviço de atenção domiciliar (SAD) prestada no Distrito Federal (DF), privilegiou-se o olhar do usuário, por meio da elaboração e aplicação de questionário acerca da Responsividade do Serviço, que é um indicador de qualidade introduzido no campo da avaliação em saúde como alternativa ao conceito subjetivo de satisfação: refere-se ao quanto o sistema de saúde se adequa às expectativas legítimas dos usuários (23), ou seja, aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde (cuidado médico propriamente dito).

Essa metodologia foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (24) para avaliar sistemas de saúde sendo adaptada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (25,26) para serviços de saúde. O questionário desenvolvido abrange duas dimensões: respeito pelas pessoas e orientação para o usuário. A primeira dimensão relaciona-se à ética na interação dos usuários com o sistema de saúde, conformada pelas variáveis: dignidade, confidencialidade, autonomia e informação/comunicação. A segunda dimensão influencia na satisfação do usuário, estando relacionada diretamente ao cuidado: atendimento rápido ou agilidade, apoio social, instalações e escolha. (27). Para o contexto da atenção domiciliar, houve a necessidade de novas adequações do referido questionário.

A presente pesquisa é composta por cinco capítulos: o atual capítulo 1, que caracteriza a introdução ao problema e sua importância (justificativa) seguida pelos objetivos do estudo (capítulo 2). No capítulo 3 encontram-se as principais bases teóricas norteadoras do estudo. O capítulo 4 apresenta a metodologia, o resultado e a discussão dos quatro artigos que compõem a tese, os quais foram redigidos obedecendo as normas específicas de cada periódico a que foram e serão submetidos; e o capítulo 5 apresenta as conclusões gerais do estudo.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar o Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal (PID-DF) no período de 2012 a 2013, com a finalidade de melhorar o planejamento, a gestão e a organização do serviço na SES-DF.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes assistidos pelo PID-DF.**
- 2.2.2 Propor instrumento de classificação de complexidade assistencial do paciente em AD.**
- 2.2.3 Validar o novo instrumento por meio da aplicação de testes de validade e reprodutibilidade.**
- 2.2.4 Avaliar a qualidade do PID-DF sob a ótica do usuário, por meio da aplicação do questionário de Responsividade.**

### 3 ATENÇÃO DOMICILIAR: O POTENCIAL E A DIVERSIDADE DE UMA PRÁTICA

#### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO GERAL E BRASILEIRO

A prática do cuidado domiciliar à saúde remonta à existência das famílias, enquanto unidades de organização social, detentoras de um saber que nasceu da necessidade de se cuidar de entes dependentes, sejam crianças ou adultos, doentes ou não. Já o objeto “atenção domiciliar” se refere a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, na qual há a convivência entre profissionais de saúde e cuidadores domiciliares. (28)

As primeiras descrições de cuidados domiciliares e hospitalares reportam-se ao Egito Antigo (século XIII a.C), quando o médico chamado Imhotep atendia aos pacientes, tanto no domicílio quanto em um “consultório/hospital” e também era o responsável pelo atendimento ao Faraó, nas dependências do palácio. (29)

Na Grécia Antiga, o médico Asklépios atendia na residência do paciente e seus discípulos atendiam em templos, onde eram utilizados medicamentos e materiais especiais de cura, estrutura que poderia ser considerada como um hospital primitivo.

Já no século V antes de Cristo, Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, relata em seu *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares*, a eficiência do atendimento no domicílio, pelo bom êxito que esse cuidado proporcionava, sendo o primeiro a propor uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, por meio da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação.

Na idade moderna o cuidado domiciliar continuou sendo amplamente utilizado na Europa, período no qual se sobressai a atuação de São Vicente de Paulo, que entre outras obras, fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris, e o *St. Joseph's Convent*, em Londres, destinados à visitar as casas dos doentes, desenvolvendo atividades como auxílio na alimentação, higiene e vestimenta. (30)

A partir do século XVIII a assistência médica passou a ser exercida exclusivamente por trabalhadores legalmente qualificados e reservada às classes dominantes; o médico mantinha uma relação próxima com o paciente e seus

familiares nos domicílios: convivia com os momentos significativos da vida familiar (doenças, casamentos, nascimentos, conflitos), compartilhando seus segredos, passando a utilizar um novo instrumental dado pela “leitura” objetiva de sinais e sintomas de um saber acumulado e cientificamente fundamentado: a clínica. (31)

A primeira referência da institucionalização do cuidado em domicílio ocorreu em 1796, no Dispensário de Boston, nos Estados Unidos da América (EUA), instituição humanitária que tinha por finalidade tratar de pobres e enfermos em seus lares, ao invés de interná-los nos hospitais, os quais eram considerados, à época, como casas infestadas pela peste, onde essas pessoas eram enviadas para morrer.

A institucionalização da prática médica do mundo ocidental foi evidenciada na Europa pela presença de movimentos que consolidaram, posteriormente, a Medicina Social e o reconhecimento da Saúde Pública como ação do Estado, bem como a sistematização da prática da enfermagem. (32) De acordo com DUARTE e DIOGO (2000), a criação do primeiro serviço de enfermagem de Saúde Pública domiciliar ocorreu em Liverpool, na Inglaterra. Nos EUA esta modalidade de atendimento começou logo após a Guerra Civil e em 1885, foi fundada a primeira Associação de Enfermeiras visitadoras (*Visiting Nurses Association* - VNA).

Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que consolidaria sua identidade de doente na comunidade e no trabalho, segregando-o e excluindo-o dos cuidados domiciliares; assim, a família perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que seria isolado e “olhado cientificamente” e se viu cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento que passaram a ser representadas como sinais de doença. (34)

Dessa forma, houve um declínio dos serviços de *home care*, por volta de 1930, quando mudanças estruturais da sociedade como: aumento da população urbana devido ao êxodo rural; especialização e subespecialização da prática médica; desenvolvimento tecnológico do período pós-guerra; avanço do arsenal terapêutico e o risco médico legal fizeram com que a atenção à saúde passasse a ter fundamentação nas ações hospitalares.

A partir da década de 50, ao se iniciar a mudança do perfil epidemiológico traduzido pela diminuição da taxa de mortalidade urbana e a substituição das doenças infecciosas pelas não transmissíveis, que requeriam maiores recursos tecnológicos oferecidos pelo hospital, (35) surge a necessidade de maior atenção aos problemas crônicos de saúde.

Assim, gradativamente o modelo médico-hegemônico liberal associado às novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica entrou em crise pelo alto custo das inovações tecnológicas. Apesar da competência no tratamento das doenças, a assistência hospitalar tornou-se ineficaz na resolutividade de algumas delas, principalmente as doenças crônicas, elevando a média de permanência dos pacientes internados e da re-internação dos mesmos, sem, contudo, resolver adequadamente seu problema.

Em decorrência dessa situação, houve superlotação nas enfermarias, pronto-socorros, salas de espera e, muitas vezes nos próprios corredores dos hospitais com queda da qualidade da assistência e insatisfação dos pacientes, familiares e trabalhadores da saúde.

O ressurgimento da atenção domiciliar ocorre no início dos anos 80, como opção para redução de custos e alternativa para internação hospitalar (36), impulsionada também com o advento da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), como forma de reduzir os custos então despendidos para o tratamento.

A partir de então, as experiências dessa modalidade assistencial multiplicaram-se na América do Norte e Europa e estão em rápida expansão em todo o mundo. (33)

A AD como extensão do hospital surgiu nos EUA em 1947, no Hospital de Montefiore, tendo como motivações iniciais descongestionar o hospital; No Canadá, a AD surgiu nos anos 1960 para pacientes cirúrgicos orientados para a alta precoce; na França, em 1957, com o *Santé Service* na prestação de assistência sócio-sanitária a doentes crônicos e terminais; e na Espanha, a AD foi criada em 1981. (36)

A AD no Brasil manteve estreita relação com a enfermagem, cujas atividades começaram mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, nas áreas de fisiologia e materno-infantil. (29)

Como provável experiência pioneira brasileira há a referência do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho e Previdência Social com o intuito de solucionar os problemas da força de trabalho relacionados à saúde dos trabalhadores assistidos, à época, pelos Institutos de Assistência e Pensões. (36)

Em 1960 foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que desenvolvia, entre outras atividades: oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; abordagem integral da família; visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco; e vigilância sanitária. Entre as atividades dos visitantes sanitários, considerados o embrião dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacaram-se: as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhamento a nascidos vivos e óbitos em menores de um ano e monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes, realizando tratamentos supervisionados. (36)

A assistência domiciliar como atividade específica iniciou-se pelo setor público, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE) em 1967 e expandiu-se, seguindo uma tendência mundial, como serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*home care*), concentrado em empresas privadas e nas grandes cidades, com aumento significativo em meados dos anos 90, período da emergência do modelo de Atenção Gerenciada (*Manage Care*), enquanto projeto político para a saúde, centrado na racionalidade gerencial e financeira na produção de serviços.

CUNHA (2007) analisou, em pesquisa realizada sobre a assistência domiciliar privada em saúde na cidade do Recife/Pernambuco, que esses serviços de saúde estariam vinculados às regras de produção, financiamento e distribuição do tipo mercantil – a “mercantilização da saúde”. Valendo-se de alguns argumentos como a redução de custos dos procedimentos médico-hospitalares, enfatizando a medicina preventiva e a atenção primária, o atendimento domiciliar e o conforto que o mesmo propiciaria aos doentes e a seus familiares, o que, afinal, seria de grande valia, se o controle gerencial dos operadores de planos e seguros de saúde não prevalecesse sobre o processo decisório clínico dos profissionais.

Ainda segundo este autor, todos esses serviços eram rigidamente controlados por protocolos de atendimento padronizados, que estipulavam: o momento da alta hospitalar precoce, o número de dias dos internamentos domiciliares, os programas de desmame, as visitas dos profissionais de saúde, as horas de plantão dos auxiliares de enfermagem, e finalmente a transferência da assistência e de provisão de gastos da pessoa doente para a família, a qual muitas vezes não recebia treinamento ou estava preparada para a abordagem ao paciente e em um domicílio que nem sempre apresentava condições higiênico-sanitárias adequadas para essa modalidade assistencial.

Há que se considerar ainda, que a maior parte dos profissionais que prestava assistência direta nos domicílios eram recrutados em “cooperativas” ou por meio de contratos temporários, de acordo com a oscilação na demanda de clientes, o que caracterizava a precarização do trabalho, além de serem submetidos às tensões relacionadas à sua autonomia profissional.

Naturalmente que esse estudo não generaliza nem especifica como regra geral a organização dos serviços privados de assistência domiciliar no Brasil: traz a necessidade de se desenvolver mais pesquisas e instrumentos que avaliem a qualidade da assistência ofertada, a fim de se compreender como as transformações da sociedade em curso estão determinando a reorganização dos serviços privados de saúde no Brasil.

A atenção domiciliar no SUS começou a se conformar no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (38) e do Programa de Saúde da Família (PSF). O PACS foi precedido por movimentos sociais e experiências pioneiras que influenciaram positivamente na defesa da implantação de uma política nacional cujo foco era o Agente de Saúde.

Destacaram-se, dessa forma, no campo da saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro vinculado ao paradigma da Medicina Comunitária e as experiências que estruturaram espaços de intervenção como os do Vale da Ribeira, Londrina, Marília, Montes Claros – MG, a Pastoral da Criança, Hospital Conceição – RS, São José do Murialdo – RS; as experiências que foram fruto da ação de indivíduos e grupos movidos pela mudança das práticas de saúde, os quais se estabeleceram de maneira autônoma e simultânea, como: Planaltina de Goiás – GO, Mambáí – GO,

Sobradinho – DF, Taubaté – SP, Recife – PE, Curitiba – PR e do Estado da Paraíba; e os casos da implantação dos ACS no Ceará, que articularam a formação das frentes de trabalho e o enfrentamento dos altos coeficientes de mortalidade infantil e os dos estados da Região Norte no enfrentamento da epidemia de Cólera. (31)

O PSF, atual Estratégia Saúde da Família (ESF) (39) foi consolidada enquanto estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da co-responsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, tendo como eixo central o fortalecimento da atenção básica.

As iniciativas para regulamentar uma política nacional de atenção domiciliar tiveram como protagonistas o Congresso Nacional; o Ministério da Saúde; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, denotando o interesse e a importância do tema no cenário de saúde do país.

Assim, no documento “1997, o Ano da Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias”, lançado em março de 1997 pelo Governo Federal, foi incluída a ampliação da Internação Domiciliar para pacientes como: idosos, diabéticos e hipertensos, pois até aquele momento, segundo aquele documento, esse tipo de atendimento se limitava aos casos de SIDA e de Psiquiatria. (40)

Várias experiências brasileiras de atenção domiciliar sistematizadas no âmbito do SUS passaram a ser desenvolvidas a partir dos anos 90, nos municípios de Sobral (CE), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Marília (SP), Londrina e Cascavel (PR) e Brasília (DF), entre outros. (41) A maior parte desses serviços ocorreu por iniciativas político-institucionais de administrações municipais e estabelecimentos de saúde, particularmente hospitalares, nos três níveis de governo, independente da existência de políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento.

As motivações identificadas também foram bastante variadas, envolvendo estratégias voltadas para a busca de substitutividade em relação às ações e

cuidados tipicamente hospitalares, humanização do cuidado e mesmo estratégias econômicas de racionalização de recursos assistenciais considerados escassos, bem ao modo da extensão de cobertura, dando maior capacidade à atenção hospitalar segundo o modelo médico hegemônico. (42)

Nessas experiências, houve o desenvolvimento de diferentes formatos de atenção domiciliar, como: cuidado paliativo; cuidado a pacientes com AIDS; cuidado a portadores de feridas e lesões de pele; acompanhamento de bebês prematuros; acompanhamento de acamados crônicos; antibioticoterapia endovenosa como complementação do tratamento para infecções agudas, e diversas formas de organização, de acordo com o tipo de serviço que a demandava.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março (43), que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas doenças para essa modalidade de atenção. Vale ressaltar que essa internação domiciliar seria realizada pela própria equipe de profissionais do hospital e se daria na seqüência da internação hospitalar.

Já em 2002, no mês de abril, foram publicados os seguintes dispositivos:

- Lei nº 10.424 da SAS/MS, do dia 15 (44), que acrescentou à Lei Orgânica da Saúde - nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 - o Capítulo VI - Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar. O artigo desta lei não conceituou atendimento e internação domiciliar, mas já incluía equipes multidisciplinares que atuariam nos níveis de prevenção, terapêutica e de reabilitação, com indicação médica e concordância do paciente e de sua família.
- Portaria SAS/MS nº 249, dia 16 (45), estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial que seria desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Apesar desta regulamentação também ter vinculado a Assistência Domiciliar à área hospitalar, em seu artigo 2º, estabeleceu a primeira iniciativa de aproximação entre a área de assistência de média e alta complexidade e a atenção primária, com a orientação de que as Secretarias Estaduais de Saúde adotassem providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Primária e o Programa de Saúde da Família.



O ano de 2006 foi profícuo quanto às discussões e documentos publicados relacionados direta ou indiretamente ao tema, como se segue:

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 11, de 26 de janeiro, (46), que dispôs sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar; nessa resolução, já houve a definição clara de atenção, assistência e internação domiciliar.
- Ministério da Saúde (Brasil). Lançamento da Política Nacional de Internação Domiciliar pelo Presidente da República e do Ministro da Saúde, em 18 de outubro. (47)
- Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, do MS, (48) que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, definindo a composição mínima da equipe multidisciplinar de internação domiciliar e sua abrangência, os recursos financeiros para implementação e funcionamento das equipes e orientando a composição da equipe matricial de apoio, a eleição dos grupos prioritários, os critérios de exclusão e os níveis de intervenção e intensidade de cuidados. Essa portaria revogou a anterior nº. 2416 de 1998.

Essas medidas da legislação brasileira vieram estabelecer critérios e qualificar a AD no Território Nacional. Porém foram identificadas as seguintes dificuldades/incosistências:

- a definição de Internação Domiciliar na Portaria 2529/MS conflitante com a da RDC nº 11/ANVISA (46), constando serviço de média complexidade no primeiro dispositivo e serviço de alta complexidade no segundo;
- o estabelecimento do limite de 30 dias como período de permanência no Programa, o que não correspondia ao perfil epidemiológico do público alvo, que eram o de pacientes crônicos, acamados, com co-morbidades e dependentes de atividades de vida diária, cujo período de morbidade era muito superior a 30 dias, chegando a anos, em alguns casos;
- as doenças constantes na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID 10) que faziam parte do código de internação domiciliar - 03.01.05.007-4 - não abrangiam a maioria das doenças predominantes nessa modalidade assistencial, que continuavam sendo as neuromusculares, cardiovasculares e pulmonares;

- os indicadores de monitoramento e avaliação não estavam pactuados com o MS e não havia comparativo com outros serviços de mesma natureza, pela ausência de literatura publicada com esses dados;
- os incentivos financeiros previstos por essa Portaria só foram concedidos a 42 hospitais da rede pública do Brasil, já habilitados como serviços de internação domiciliar por Portaria anterior, dificultando sua ampliação a nível nacional, pelos custos de implantação e manutenção por Estados e Municípios, sem a contrapartida federal; e
- não havia ainda referências quanto a treinamento e capacitação da equipe, sistema de informação e quantitativo de usuários por equipe de AD.

Para além das dificuldades mencionadas, Feuerwerker e Merhy (41), ao analisarem cinco experiências de cidades brasileiras quanto ao estado da arte da AD, enfatizaram que o cuidado domiciliar, mesmo praticado em ambientes economicamente precários, contribuiu para a integralidade e continuidade dos cuidados. Os autores recomendaram a ampliação da iniciativa de atendimento domiciliar para o sistema público de saúde.

Até 2011, observou-se uma lacuna quanto à regulamentação da AD em nível federal, quando o tema foi retomado e ganhando novo fôlego, houve as seguintes publicações e evento:

- Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto (49), que instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS, revogando a Portaria MS/2.529, de 2006.
- Programa Melhor em Casa - Portaria MS nº 2.527 de 27 de outubro – Atenção Domiciliar como prioridade do governo federal (50) e Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério das Minas e Energia) nº 630 (51), dia 08, que institui o benefício Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), estabelecendo redução ou isenção de energia elétrica para usuários portadores de doença ou deficiência cujo tratamento requeira o uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos médico-hospitalares no domicílio.

As Portarias GM/MS nº.s 2.029 (49) e 2.527 (50) trouxeram avanços em relação às Portarias anteriores, na medida em que:

- retirou-se o foco da internação domiciliar em si, instituindo uma nova nomenclatura e normatização para as modalidades de atenção domiciliar: Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1); Atenção Domiciliar modalidade 2 (AD2) e Atenção Domiciliar modalidade 3 (AD3), conforme apresentado na Figura 1;

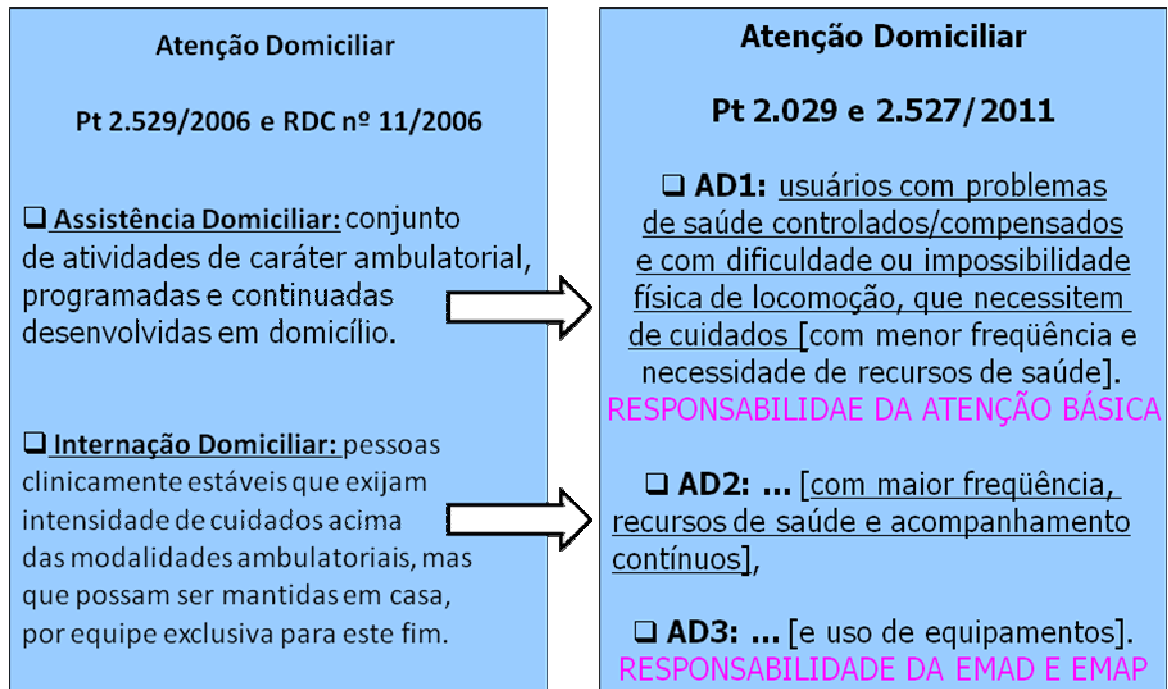


Figura 1: Modalidades de Atenção Domiciliar segundo as Portarias de nº.s 2.529/2006, 2.029/2011, 2.527/2011 e a RDC nº 11/2006, Brasília, 2011.

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e/ou fisioterapeuta)

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio (três profissionais de nível superior como: nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo e outros)

- reconheceu-se os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e pelos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) como modalidade AD1;
- ampliou-se o número de municípios elegíveis à proposta para aqueles que tenham população acima de 40.000 habitantes;
- estabeleceram-se normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e das equipes multidisciplinares de apoio (EMAP);

- definiu-se regras de habilitação dos estabelecimentos de saúde e valores de incentivo financeiro; e
- vinculou-se o conceito de AD enquanto constituinte de uma Rede de Atenção à Saúde, com potencial de contribuir para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção.

Já em 2012, foram publicadas as seguintes Portarias e Resolução:

- Portaria GM/MS nº 1.533 (52), do dia 16 de julho, que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS (50), trazendo adequações para a implantação dos serviços, como a possibilidade de organização do SAD para populações específicas com base territorial mais ampla; alteração da composição mínima da EMAD, que passa a ser por carga horária e não mais por quantitativo de profissionais; e a redefinição dos critérios de inclusão para AD2 e AD3, entre outras.

Em 2013 foram publicadas as seguintes portarias:

- Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio, (53) que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, considerando a AD como incorporação tecnológica não só de caráter complementar, mas também substitutivo à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica e ampliando a adesão para municípios de pequeno porte de forma agrupada, a fim de alcançar um somatório de 20 mil habitantes (consórcio) ou de forma isolada para aqueles acima de 20 mil habitantes. Essa portaria revogou a Portaria 2527/2011 e a 1533/2012 e é a que está atualmente em vigor.
- Portaria nº 1.208, de 18 de junho, (54) que 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. Essa Portaria trouxe como principal novidade a possibilidade de implantação de uma equipe multiprofissional (EMAD), sediada nos Hospitais do Programa SOS Emergências, trabalhar na busca ativa de pacientes elegíveis para AD tanto nas portas de entrada quanto nas enfermarias de forma a intensificar a desospitalização pré e pós-hospitalar nestes hospitais.

Todas essas normatizações dão viabilidade para a implantação de uma política pública de atenção domiciliar, que enquanto política de saúde é definida pela OMS (55) como:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses.

Portanto, na busca por um sistema público de saúde eficiente e efetivo, está o poder ideológico das políticas públicas que suscita duas questões principais: a natureza ética da ação estatal e dos gestores públicos e a construção de uma nação, além da resolução dos problemas sociais. (56)

### 3.2 AS TENSÕES E OS DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Considerando as diversas terminologias e formas de organização das modalidades de atenção domiciliar, concebidas como internação domiciliar (lógica do hospital em casa); atenção no domicílio (construção de novas formas de cuidar); cuidado paliativo (“ressignificação da possibilidade de viver a morte de modo distinto”), e outras, há que se pautar a existência de uma tensão constitutiva básica e comum à AD, composta de um lado pela desinstitucionalização e do outro por sua substituição, pois são mutuamente produzidas uma pela outra.

Segundo MERHY (2007), há experiências brasileiras em AD que desafiam e/ou repetem modos hegemônicos de se produzir o cuidado em saúde, ou seja, a prática da substitutividade como desinstitucionalização ou não, já que os termos não são sinônimos: a desinstitucionalização não é apenas a transferência do cuidado do hospital para o domicílio, com a reestruturação do mesmo modo de se fazer a produção do cuidado (modelo hegemônico), centrado nas profissões e nos procedimentos, tendo como base nuclear o modelo médico, baseado na visão do seu objeto como a doença localizada em um corpo biológico, mecânico.

A desinstitucionalização, para além da substitutividade - mudar do ambiente institucional público hospitalar para o ambiente privado - a casa das pessoas -,

propicia um arsenal de tecnologias<sup>1</sup> muito rico, pela possibilidade de maior liberdade de criação na conduta das atividades profissionais, que passam a ser individualizadas e contextualizadas no ambiente domiciliar, inclusive pela vivência advinda do relacionamento direto com as pessoas, que propicia vínculos mais fortes, permitindo, dessa forma, resgatar a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. (08)

O domicílio – esse novo espaço não institucional de produção do cuidado – pode ser cenário de práticas inovadoras de saúde, criando, assim, uma tensão produtiva favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização” ou pode ser uma tensão que se resolva por meio da subjugação da família e da reprodução.

Sendo o domicílio, um espaço privado, mas “invadido” pelo público, como uma “extensão do campo da saúde”, há geralmente um processo de disputa pelo cuidado que está sendo construído e especialmente na AD, na qual, além dos profissionais da saúde, há o cuidador domiciliar, os valores sociais, culturais e religiosos da família e o cuidado sendo produzido no campo do próprio usuário.

Dessa forma, a disputa adquire algumas tensões/polaridades, que ora agregam a “institucionalização” da casa como um espaço de cuidado dominado pela racionalidade técnica (tecnologias duras) ou a “desinstitucionalização” do cuidado em saúde (predomínio das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado); ora a autoria do plano de cuidados é assumida pela equipe de saúde, detentora do saber científico validado pela sociedade ou a troca de saberes, havendo construção compartilhada do projeto terapêutico, com ampliação da autonomia do cuidador/família/usuário.

Ao se ampliar a noção de casa para território de ação e a de família para rede de vinculações, as equipes multiprofissionais se deparam com a figura do cuidador domiciliar, que em alguns casos não é morador da própria casa ou nem mesmo pertence à família, mas é nessa pessoa que é confiado todo o cuidado do paciente, a responsabilização do cumprimento das orientações e prescrições de uma equipe

---

<sup>1</sup> incluem-se aqui os medicamentos, equipamentos e procedimentos médicos e cirúrgicos usados na atenção à saúde, bem como os sistemas organizacionais e de apoio mediante os quais esse cuidado é dispensado.

multiprofissional de saúde, além do afeto e solidariedade requeridos para seu bom desempenho. (58)

Exercer o cuidado a um paciente domiciliado continuamente é, sem dúvida, um fator de estresse e desgaste para o cuidador. Assim, a equipe de atenção domiciliar deve estimular no cuidador o auto-cuidado, alternativas de lazer e a manutenção de acompanhamento médico que por ventura estejam realizando. Pode-se sugerir, por exemplo, o rodízio entre familiares. O papel da equipe, nesse momento, é o de auxiliar a família a encontrar, dentro de suas limitações e características próprias, alternativas e soluções para enfrentar as dificuldades de se ter um paciente domiciliado. (59)

Em relação à atuação das equipes de AD observou-se uma característica que foi a grande dedicação dos profissionais para com o seu trabalho, comprometendo-se com as pessoas de que cuidavam e com suas famílias muito além do que a responsabilidade técnica/ formal preconiza (41); é preciso ter perfil para esse trabalho, que vivencia dia a dia o sofrimento, as debilidades e o padecer de doenças crônico-degenerativas e sem possibilidades terapêuticas de cura, a dor do óbito compartilhada com a família, mas também a conquista de mínimas autonomias para a vida cotidiana, a cicatrização de uma ferida infectada longamente tratada, o aprendizado de um trabalho manual, sempre com a referência ao trabalho como muito gratificante.

Essa dimensão mais humanizada de organização de atenção domiciliar ocorre quase como de regra em serviços de cuidados domiciliares públicos, diferentemente das redes dos serviços privados, em que a lógica da comercialização se impõe de modo preponderante, o que não exclui a existência de situações inversas nos serviços.

Dessa forma, não há uma visão única sobre a lógica da organização das modalidades de cuidado, pois elas espelham a implicação dos profissionais e da equipe como um todo; apesar de essas duas vertentes (a racionalizadora e a reorientadora) serem complementares, encontram-se em disputa e constituem dificuldades para conciliação dos interesses dos diversos atores envolvidos na rede e na criação de espaços compartilhados de gestão. (7)

Diante de tantos desafios que vão desde a necessidade de se produzir em equipe novas tecnologias de cuidado, voltadas às necessidades de saúde tanto do usuário quanto da família; de superar a fragmentação do sistema de saúde e de se procurar produzir a continuidade de atenção na expectativa da formação de uma rede de saúde integrada, é que MERHY (1998) conclui:

Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional. Um trabalho como esse só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social dos vários sujeitos e atores sociais, de modo a ser gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e produção de cidadania.

### **3.3 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL: CONTEXTOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA**

#### **3.3.1 A saúde no Distrito Federal: breve contexto demográfico, socio-econômico e de condições de saúde**

O Distrito Federal (DF) é uma Unidade da Federação atípica por ser indivisível e não municipalizada, como estabelece a Constituição Federal, embora compartilhe muito dos problemas que afligem as demais regiões brasileiras. Compreendendo um quadrilátero de 5.787,8 Km<sup>2</sup>, que equivale a 0,06% da superfície do país, o DF, em si, não tem sede, pois é indistinto da capital federal, Brasília, única cidade construída no século XX classificada como Patrimônio Histórico e Cultural da Humanidade. (60)

Brasília, segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, foi classificada como a quarta cidade mais populosa do Brasil, com população de 2.570.160 de habitantes, com densidade demográfica de 444,07 habitantes/km<sup>2</sup>; também possui o segundo maior produto interno bruto (PIB) per capita do Brasil (R\$ 40.696,00) entre as capitais e junto com Anápolis e Goiânia, ambas no estado de Goiás, faz do eixo Brasília-Anápolis-Goiânia, a região mais desenvolvida do centro-oeste brasileiro.

Com a finalidade de facilitar a administração, o território do DF foi dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs), estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2012.

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) foi criada pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998 (61) e



regulamentada pelo [Decreto nº 2.710, de 04 de agosto de 1998](#) (62), alterado pelo Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000 (63), com a premissa básica da integração de ações entre União, estados e municípios na solução dos problemas vivenciados pela população de 22 municípios dos Estados de Goiás e Minas Gerais, promovendo o fortalecimento da ação pública na região, que mantém relação de alta dependência com o DF, principalmente no que se refere à área da saúde, considerando que o acréscimo populacional dessa região passou para 31% em 2010, enquanto que o peso da população no DF permaneceu em 69,0%.

Na Figura abaixo, apresenta-se o mapa da RIDE-DF.

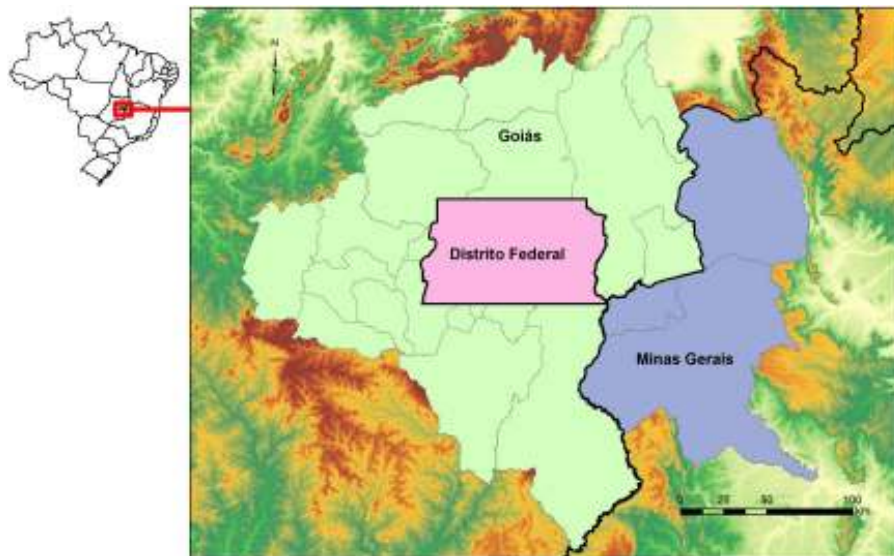


Figura 2 - Mapa da RIDE-DF, Brasília, 2013

Quando comparados os dados dos censos demográficos da RIDE-DF nos anos de 2000 e 2010, verifica-se mudança na composição da população principalmente no que se refere ao envelhecimento. Em 2000 a faixa etária mais larga era de 20 a 24 anos, enquanto em 2010 a faixa mais larga passa a ser a de 25 a 30 anos. Há uma redução da contribuição da faixa etária de 0 a 24 anos, em virtude da redução da taxa de fecundidade, e um aumento de indivíduos com idades avançadas. A população com 65 anos de idade ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010. (64)

Destaca-se que na comparação da estrutura etária da RIDE-DF com a do Brasil, há maior contribuição de faixas etárias mais velhas, o que indica uma população mais envelhecida do que a do país em geral. O Distrito Federal é o

terceiro estado com maior percentual de idosos, atrás apenas de Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

Na Figura abaixo, a Pirâmide RIDE-DF, no comparativo de 2000 e 2010, entre os sexos.

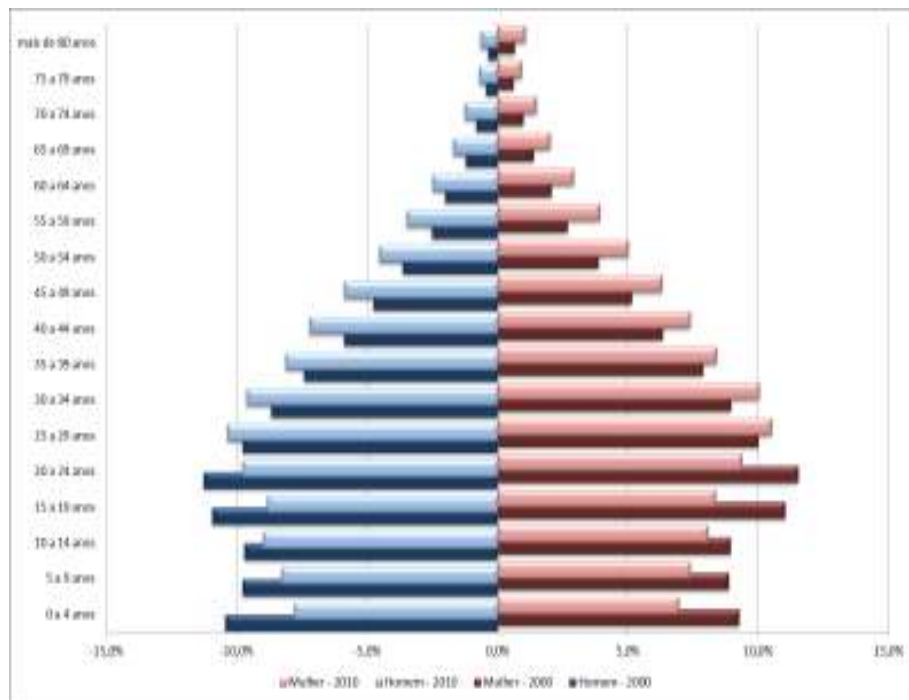


Figura 3 - Pirâmide RIDE-DF, 2000 e 2010, Brasília, 2010.

(Convenções: mais escuro 2000 e mais claro 2010; homens à esquerda e mulheres à direita)

Já na área da Educação, o Distrito Federal continua como a Unidade da Federação com a menor taxa de analfabetismo: 3,37% em 2010, melhor que em 2000, quando foi constatado o percentual de 5,7%. (64)

Apesar de o DF possuir a maior renda per capita e o mais alto PIB per capita do país, apresenta grandes diferenças socioeconômicas entre as suas Regiões Administrativas: o DF (Brasília) foi classificado como a 16ª cidade mais desigual do mundo e a 4ª mais desigual do Brasil, segundo relatório divulgado em 2011 pela ONU (Organização das Nações Unidas). (65)

Mesmo com essa desigualdade social, os indicadores socioeconômicos globais das 31 Regiões Administrativas que conformam o DF se assemelham aos de

países de primeiro mundo. Os números mostram que a região está em uma situação bastante privilegiada em relação às outras unidades federativas brasileiras, principalmente pela infra-estrutura (acesso à saúde, educação e saneamento básico) oferecida aos cidadãos.

Desde 1991, o DF aparece em primeiro lugar no Brasil na classificação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (66). Em 2010, quando foi feito o último estudo, o DF teve uma pontuação de 0,863, o que é considerado um nível muito alto (0,8 e 1), caracterizado pela evolução dos componentes: educação, longevidade e renda, apresentados na Tabela abaixo, na série histórica de 1991, 2000 e 2010.

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Brasília, 2010

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>IDHM Educação</b>	0,419	0,582	0,742
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	52,13	59,48	72,32
% de 5 a 6 anos na escola	44,63	74,30	92,46
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	54,46	76,85	88,32
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	31,07	49,23	66,32
% de 18 a 20 anos com médio completo	20,34	29,93	53,48
<b>IDHM Longevidade</b>	0,731	0,814	0,873
Esperança de vida ao nascer (em anos)	68,87	73,86	77,35
<b>IDHM Renda</b>	0,762	0,805	0,863
Renda per capita	916,00	1.199,44	1.715,11

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e Instituto de Pesquisa aplicada (Ipea)

Em relação às condições de saúde da população do DF, em 2012, a esperança de vida ao nascer era de 77 anos, com diferença para os sexos: masculino, 73,2 anos e feminino, 80,5 anos, ficando atrás de Santa Catarina e São Paulo e de Santa Catarina e Rio Grande do Sul respectivamente. Esse é um

indicador de saúde considerado bom, porque reflete as condições de vida e de saúde da população e não é afetado pela sua estrutura etária. (67)

Quanto aos dados de mortalidade, no ano de 2012 (68), foram registrados 13.939 óbitos por ocorrência no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do MS. Destes óbitos ocorridos, a maior proporção foi de doenças do aparelho circulatório – 3.781, seguida de neoplasias – 2.752, causas externas – 2.200 e doenças do aparelho respiratório – 1.264.

Ainda de acordo com a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH SUS, neste ano de 2014 (até setembro) (69) as principais causas de internação com maiores médias de permanência foram: doenças do sistema nervoso (11,7 dias); transtornos mentais e comportamentais (10,1 dias); doenças do aparelho circulatório (9,4 dias), sendo as mais freqüentes listadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Internações por Capítulo CID 10 no DF em setembro de 2014, Brasília, 2014

Internações Capítulo CID 10	Nº
Gravidez parto e puerpério	4.681
Doenças do aparelho digestivo	1.573
Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.462
Doenças do aparelho circulatório	1.271
Doenças do aparelho respiratório	1.139
Doenças do aparelho geniturinário	1.003
Neoplasias (tumores)	874

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
Notas: Situação da base de dados nacional em 24/10/2014.

Dados de janeiro de 2014 até setembro de 2014 sujeitos a retificação.

Os dados demográficos e de morbi-mortalidade do DF corroboram com o fato de que as pessoas estão vivendo mais e adoecendo principalmente por doenças crônico-degenerativas, e que vem impactando tanto as estatísticas de óbito quanto a de internações de longa permanência. Quantos desses pacientes poderiam estar sendo beneficiados com o serviço de atenção domiciliar, onde seriam acompanhados por uma equipe multiprofissional de saúde, com plano terapêutico singular e com a participação de sua família?

### 3.3.2 A rede de saúde da SES-DF: gestão, estrutura e acesso.

No âmbito do Distrito Federal, diferente do que ocorre em outros Estados, a SES acumula funções que, nos documentos legais que regulamentam o Sistema Único de Saúde no território nacional, são atribuídas a estados e municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde.

Na abordagem à gestão do setor saúde no DF, quanto ao aspecto financeiro, observa-se no quadro a seguir, que embora os limites estabelecidos tem sido cumpridos até 2010, houve uma tendência de decréscimo da aplicação da receita própria em ações e serviços de saúde, em valores absolutos e em percentual. Na prática, essa redução proporcional foi parcialmente compensada pelo aumento da participação do Fundo Constitucional do DF no orçamento da saúde<sup>2</sup>, preservando a capacidade de gasto da área. (70)

Quadro 1 - Valores e percentuais de aplicação de recursos próprios em saúde para atendimento à Emenda Constitucional 29, Brasília, 2010

Ano Base	Total Arrecadado	Mínimo Exigido		Aplicado em Ações e Serviços de Saúde		Excedente	
	Valor (R\$)	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
2006	5.887.836.278,45	769.217.211,61	13,06	1.005.358.196,73	17,08	236.140.985,12	4,01
2007	6.483.016.473,53	846.268.554,24	13,08	1.348.804.309,96	20,81	502.535.755,72	7,75
2008	7.589.179.958,35	988.193.812,81	13,08	1.325.974.470,86	17,47	337.780.658,05	4,45
2009	7.821.990.387,98	1.020.661.223,56	13,05	1.141.141.078,77	14,59	120.479.855,21	1,54
2010	8.859.104.506,13	1.155.518.504,55	13,04	1.217.677.767,70	13,74	62.159.263,15	0,70

<sup>2</sup>O Fundo Constitucional do Distrito Federal tem por finalidade prover os recursos necessários à organização e manutenção da Polícia Civil, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, bem como assistência financeira para execução de serviços públicos de saúde e educação. De natureza contábil, sua execução orçamentária e financeira é realizada diretamente pelo Governo Federal, por intermédio do Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI

Fonte: SES-DF

Esse volume de recursos associado ao das transferências federais – Ministério da Saúde e Fundo Constitucional – permite um gasto anual per capita com saúde que se inclui sistematicamente, há anos, entre os cinco maiores da Federação. Da mesma forma, no entanto, é provável que o custo da saúde do DF seja também um dos mais altos. (70)

A organização atual do Sistema de Saúde no DF está em conformidade com a condição de habilitação de Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Portaria GM/MS Nº 255/2008) (71), com a organização sistêmica setorial da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002 (72) e com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2007 (73), no qual foi considerada a redistribuição da população, visando garantia de cobertura de ações e serviços de saúde, por área geográfica, incluindo recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis e necessários, atendendo ao preceito do SUS da garantia ao acesso e também distribuição equânime de recursos.

Dessa forma, foram estabelecidos no PDR-DF 2007: sete Regiões de Saúde, 15 Coordenações Gerais de Saúde (CGS), 02 Pólos de Referência Distrital (Regiões Centro Norte e Centro Sul), e 11 (onze) Módulos Assistenciais, abrangendo as 31 Regiões Administrativas do DF (RA)(Quadro 2).

Quadro 2 – Regiões de Saúde, Polos de Referência Distrital, Módulos Assistenciais, Coordenações Gerais de Saúde e Regiões Administrativas do DF segundo o PDR 2007, com atualização das atuais 31 RA, Brasília, 2013

Regiões de Saúde*	Polos*	Módulos*	Coordenações Gerais de Saúde (CGS)	Região administrativa (RA)/área de abrangência
<b>REGIÃO CENTRO SUL</b>	<b>Polo de Referência Distrital</b>	1	Asa Sul	RA1 - Asa Sul RA16 - Lago Sul
			Núcleo Bandeirante	RA8 - N. Bandeirante RA 24 -Park Way RA17 - R. Fundo I RA 21- R. Fundo II RA19 - Candangolândia
		2	Guará	RA 29 - S.I.A. RA 25 - SCIA (Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel) RA10 - Guará

<b>REGIÃO CENTRO NORTE</b>	<b>Polo de Referência Distrital</b>	1	Asa Norte	RA1 - Asa Norte RA18 - Lago Norte RA11 - Cruzeiro RA 23 - Varjão RA 22 - Sudoeste/Octogonal
<b>REGIÃO OESTE</b>		1	Ceilândia	RA9 - Ceilândia
		2	Brazlândia	RA4 - Brazlândia
<b>REGIÃO SUDOESTE</b>		1	Taguatinga	RA3 - Taguatinga RA 20 - Águas Claras/Arnuqueiras RA 30 - Vicente Pires
		2	Samambaia	RA12 - Samambaia
			Recanto das Emas	RA15 - Recanto das Emas
<b>REGIÃO NORTE</b>		1	Sobradinho	RA5 - Sobradinho I RA 26 - Sobradinho II RA 31 - Fercal
		2	Planaltina	RA6 - Planaltina
<b>REGIÃO LESTE</b>		1	Paranoá	RA7 - Paranoá RA 28 - Itapoã
			São Sebastião	RA 27- Jd. Botânico RA14 - São Sebastião
<b>REGIÃO SUL</b>		1	Gama	RA2 - Gama
			Santa Maria	RA13 - Santa Maria
<b>7</b>	<b>02</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>31</b>

Fonte: PDR DF 2007

\*Ver ANEXO C: Conceitos - chaves da organização da assistência no âmbito do Distrito Federal

Abaixo, encontra-se o Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal com as CGS e os respectivos Módulos assistenciais por RA.



Figura 4 – Mapa das Regiões de Saúde do DF segundo PDR 2007, Brasília, 2011

Essas Regiões de Saúde comportam o sistema de saúde no Distrito Federal caracterizado pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF. Esta rede é composta pelas seguintes unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico (dados de 2014) que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade):

- Unidades Básicas de Saúde (UBS): 60 Centros de Saúde tradicionais; 06 Centros de Saúde com Equipes de Atenção Básica; 06 Clínicas da Família; 03 Unidades Mistas; 41 Unidades de Saúde Urbanas e Rurais (230 Equipes da Estratégia Saúde da Família – 30% cobertura)
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – 11 no total, estando 5 em processo de credenciamento pelo MS - 01 CAPS I, 05 CAPS II, 04 CAPS AD (álcool e outras drogas) e 01 CAPSi (crianças e adolescentes).
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA): 06
- Unidades hospitalares: 12 hospitais regionais (Hospital Regional da Asa Sul – HRAS; Hospital Regional da Asa Norte – HRAN; Hospital Regional do Guarã – HRGu; Hospital Regional de Taguatinga – HRT; Hospital Regional de Ceilândia – HRC; Hospital Regional de Brazlândia – HRBz; Hospital Regional de Samambaia – HRSam; Hospital Regional de Sobradinho – HRS; Hospital Regional de Planaltina – HRPI; Hospital Regional do Paranoá – HRPa;



Hospital Regional do Gama - HRG; Hospital Regional de Santa Maria - HRSM); 01 hospital terciário, (Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF); 04 hospitais especializados (Hospital do Coração de Brasília – HCB; Hospital São Vicente de Paula – HSVP; Instituto de Saúde Mental – ISM; Hospital de Apoio de Brasília - HAB).

- Unidades de Apoio: 01 Central de Radiologia; 02 Laboratórios Regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; 01 Hemocentro; 01 Laboratório Central (LACEN); 19 Núcleos de Inspeção de Saúde; 01 Escola com formação superior, técnica e treinamentos (ESCS); 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); 01 Diretoria de Saúde do Trabalhador (DISAT) e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O conjunto de hospitais disponibiliza à população um total de 4.522 leitos, dos quais 270 se encontravam bloqueados em dezembro de 2010. Dos 4.068 operativos, 967 dão retaguarda aos serviços de urgência, 2.787 localizam-se em enfermarias, cobrindo 37 especialidades médicas, e 314 em unidades de terapia intensiva (212) e semi-intensiva. Apesar da expressividade deste conjunto de estabelecimentos, no que se refere à capacidade operativa do sistema, o Distrito Federal apresenta déficits importantes, quando considerada apenas a capacidade de oferta de serviços do setor público.

Utilizando o parâmetro nacional de 2,5 leitos p/ 1000 habitantes, sendo 10% de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é possível calcular um déficit total de 2.364 leitos no DF, 433 dos quais de UTI, para a população do DF em 2010, de acordo com o Censo Demográfico daquele ano.

### **3.3.3 O Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal**

Por volta da década de 90, as discussões acerca da falta de uma estrutura adequada para o atendimento aos pacientes crônicos no sistema de saúde do Distrito Federal passaram a ser valorizadas, uma vez que essa situação onerava os serviços hospitalares, não só pela complexidade da assistência, mas também pela elevada média de permanência desses pacientes nos hospitais da rede, notadamente nas unidades de internação.

O perfil de morbidade encontrado nessas unidades ensejou a discussão de alternativas que reduzissem o tempo de internação hospitalar, iniciando-se um Programa de Assistência Domiciliar pela iniciativa pioneira de profissionais de saúde da Regional de Saúde de Sobradinho, com as premissas de ser um acompanhamento em domicílio a pacientes portadores de doenças crônicas, realizado por uma equipe multiprofissional, que além de prestar assistência médica e de enfermagem, oferecesse acompanhamento, nutricional, fisioterápico, psicológico, e de assistência social e ainda desse a oportunidade para que os familiares se envolvessem no cuidado, juntamente com a equipe de saúde.

Assim, foi implantado, informalmente, em 1994, nas então denominadas Regionais de Saúde de Sobradinho e Planaltina (atuais Coordenações Gerais de Saúde de Sobradinho e de Planaltina, respectivamente), o SAMED (Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio) com o objetivo inicial de oferecer atendimento domiciliar por uma equipe multiprofissional aos pacientes portadores de doenças crônicas ou patologias que tivessem tido a sua fase aguda resolvida a nível hospitalar e então adquirido condições de atenção no domicílio. O SAMED foi criado oficialmente no DF pela Lei nº 867 de 25.05.1995 (74).

Em Planaltina, as atividades tiveram início por meio de uma equipe mínima e voluntária formada por um médico e um profissional de enfermagem. Em sua primeira fase, o trabalho voltou-se para o atendimento de cinquenta pacientes crônicos que estavam internados nas enfermarias da clínica médica e na emergência do Hospital Regional.

Os pacientes, após alta hospitalar, passaram a ser assistidos em domicílio, em visitas semanais, recebendo orientações e avaliações médicas e de enfermagem, além de treinamentos dos familiares para realizações de procedimentos básicos. Apesar de não ter havido uma avaliação quantitativa à época, foram observados bons resultados quanto à estabilidade clínica desses pacientes nos domicílios, com poucas complicações e re-internações.

Como os recursos eram escassos, tomou-se a iniciativa de reunir a comunidade local, convidando representantes das Igrejas, das Associações Comunitárias, do “Rotary Clube” e do “Lions Clube”, para pedir a participação e apoio para a iniciativa, promovendo campanhas para a aquisição de materiais

permanentes imprescindíveis a essa assistência como: camas, colchões, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, medicamentos de alto custo, fraldas e insumos para curativos.

A resposta foi efetiva e acabou selando uma parceria com a “Pastoral de Saúde” de Planaltina, que ampliou rapidamente os serviços prestados. A “Pastoral” realizava um trabalho semelhante ao dos agentes comunitários de saúde atuais das ESF, localizando e identificando pacientes crônicos com o perfil do serviço de assistência até então desenvolvido, apontando aqueles com necessidade prioritária para agendamento das visitas domiciliares, além de atenuar, de forma pro-ativa, as dificuldades sociais dos pacientes e seus familiares.

Posteriormente, o médico responsável recebeu autorização para aumentar gradativamente sua carga horária semanal, inicialmente de seis horas para doze horas de tempo exclusivo para as atividades do SAMED. Além disso, a equipe passou a dispor de uma assistente social durante as visitas domiciliares.

Com a publicação da Portaria nº. 2416/GM no ano de 1998, o MS habilitou alguns hospitais no Brasil, dentre os quais, 15 do DF e uma Unidade Mista como serviços de internação domiciliar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); porém, apenas um estava implantado oficialmente à época.

Em 2000, o serviço foi formalizado na SES-DF como Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID) - e nova equipe foi implantada na Regional do Gama em 2002. No ano seguinte foi criada uma equipe móvel em Sobradinho, com a finalidade específica de atender os pacientes das regionais de saúde onde não houvesse o programa implantado. Ainda nesse mesmo ano foi implantado oficialmente, o serviço na Regional de Planaltina, quando 15 pacientes já recebiam assistência domiciliar contínua e em poucos meses mais de 240 novos pacientes se inscreveram no serviço.

Com o aumento da demanda e dos serviços, fez-se necessária a criação de uma coordenação que gerenciasse a atividade dessas equipes, direcionando sua atuação aos pressupostos e princípios do SUS, com supervisão contínua e aprimoramento da assistência domiciliar na SES-DF. Assim, foi criada a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND), pelo Decreto nº 23.660, de 14 de março de 2003, da SES-DF (75).

A partir de 2006, com a publicação da RDC nº 11 da ANVISA, da Portaria nº. 20, de 02 de maio, que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar (SSAD) no âmbito do Distrito Federal (76) e da Portaria nº 2.529 (48), do Ministério da Saúde, foram definidas as diretrizes operacionais para a implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF.

Ainda em 2006, foi criado o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, cujo projeto foi desenvolvido em parceria com a Coordenação de Pneumologia da SES-DF, destinado a pacientes portadores de doenças que cursassem com hipoxemia prolongada e indicação de oxigenoterapia domiciliar, de acordo com os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (77).

Em junho de 2007, com a mudança da estrutura organizacional da SES-DF, a COIND passou a ser Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD)<sup>3</sup>, vinculada à então Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a criação de 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) – antigos NAMID –, enquanto instâncias administrativas regionalizadas, pertencentes ao quadro organizacional de cada uma das 15 Coordenações Gerais de Saúde.

Com a realização do I Congresso Brasileiro de Assistência Domiciliar (COBRAD), em Cascavel, Paraná, em 2007, pode-se conhecer e acompanhar as discussões acerca das experiências de outros Estados do país nessa nova modalidade assistencial no serviço público, o que contribuiu para a elaboração do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF (PID-DF).

Nesse mesmo ano foi criado um grupo de trabalho para elaborar esse projeto, composto por profissionais dos três serviços implantados e do Hospital de Apoio de Brasília (HAB), parceiro desde os primórdios da implantação dos Núcleos, no atendimento aos pacientes de cuidados paliativos oncológicos.

Entre os vários temas discutidos que se constituíram em capítulos do Projeto, destacaram-se:

---

<sup>3</sup> No organograma vigente, a GEAD está vinculada à Diretoria de Áreas Estratégicas (DIAE) da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e os NRADs à Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS) e à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), nas Coordenações Gerais de Saúde (CGS) que não possuem hospitais regionais.

- O público alvo do Programa: pacientes internados em hospital referência que tivessem condições clínicas de receber alta precoce e assim serem desospitalizados e que possuíssem alguma condição que os incapacitem de comparecer à Unidade de Saúde, como: idoso portador de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária (AVD) a partir do grau 4 da Escala da Cruz Vermelha Espanhola (78); portadores de doenças que necessitassem de cuidados paliativos (câncer e outras); pacientes com patologias múltiplas e co-morbidades, dependência total/parcial, que necessitassem de equipamentos e procedimentos específicos no domicílio; portadores de incapacidade funcional que apresentem:
  - Doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras).
  - Seqüelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros.
  - Úlceras de decúbito, agudizadas por infecção e ou com repercussão sistêmica.
  - Seqüelas de agravos ou pós-operatório de cirurgias de grande porte;
- a definição da composição básica da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, composta por assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, médico e nutricionista, podendo ser acrescida de outros profissionais de saúde, provenientes dos demais pontos de atenção à saúde, que ficariam com carga horária parcial no NRAD, de acordo com as necessidades da demanda;
- a padronização dos insumos, materiais e medicamentos utilizados pelos NRAD e do Relatório Mensal de Dados;
- a normatização do faturamento da Atenção Domiciliar que à época era feita pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH – com código de Internação Domiciliar (ID), atuais AD2/AD3 e pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) (preenchimento do

Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA – para os pacientes classificados como assistência domiciliar, atuais AD1.

- a aquisição e o empréstimo de materiais médico-hospitalares como camas hospitalares, colchões, cadeira de rodas, cadeira de banho, aspiradores e outros aos pacientes cadastrados no Programa; e
- a adoção da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola referendada do Ministério da Saúde (78) e da Escala do Grau de Dependência, utilizada pelo Programa de Assistência e Internação Domiciliar de Cascavel – Paraná (PR) (Anexo B).

Apesar de não validada, essa escala tem sido utilizada como critério objetivo para admissão ao PID-DF, balizando/respaldando os critérios clínicos, junto aos outros critérios constantes no Programa, como os administrativos e os assistenciais. A aplicação da Escala de Cascavel aos pacientes já cadastrados possibilitou a distinção tão almejada entre assistência (AD1) e internação domiciliar (AD2/AD3), o que afinal, definiria o público alvo específico do PID DF: a internação domiciliar.

A necessidade de se identificar objetivamente o grau de complexidade assistencial dos pacientes foi em função da criação de um novo instrumento de gestão, que pudesse planejar e organizar os serviços, tendo em vista: a intensidade de cuidados requerida dos pacientes; o melhor dimensionamento da equipe multiprofissional; a quantidade de materiais e insumos necessários; a elaboração e divulgação de dados estatísticos fidedignos e de formas e valores de faturamento, que eram distintos para a internação domiciliar – SIH e para a assistência domiciliar – SIA e finalmente a possibilidade de os pacientes classificados como assistência domiciliar/AD1 fossem absorvidos pela Atenção Primária do DF.

A constatação de que havia 80% de pacientes em assistência domiciliar/AD1 e 20% em internação domiciliar/AD2, associada à baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no DF, a não compreensão dos profissionais da rede de saúde sobre as atribuições do Programa, ora confundindo-o com *home care*, ora com ESF, entre outros fatores, tem dificultado o processo de implantação efetiva do PID-DF.

Em 2008, houve a aprovação do Projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar na SES-DF pelo Conselho de Saúde do DF e sua

homologação pelo Secretário de Saúde sob a Resolução nº 56 de 14.10.2008, publicada no DODF em 12.11.2008 (79). A entrega do Projeto foi protocolada no MS no final daquele ano.

A partir de então, metas foram traçadas para a implantação de NRAD nos anos seguintes, em todas as Regionais de Saúde, tendo-se iniciado pelo Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), como regional estratégica, por ser um hospital de referência e de localização central, para assumir não só os pacientes de sua área de abrangência, mas também os da equipe móvel, cuja estrutura foi descontinuada para dar lugar às melhores condições de atendimento aos pacientes de regionais sem o serviço implantado.

Com a implantação gradativa de novos Núcleos, já na perspectiva de se direcionar a admissão de pacientes ao Programa para o perfil de internação domiciliar (AD2/AD3), observou-se que a Escala de Cascavel já não atendia às complexidades assistenciais que se foram apresentando ao serviço, principalmente quando referidas aos cuidados paliativos oncológicos, que passaram a não ser mais incluídos nessa classificação.

Tornou-se imperiosa a criação de um grupo de pesquisa para a elaboração de um instrumento de avaliação da complexidade assistencial que atendesse às demandas do serviço, o que veio a ocorrer no final de 2008, com a publicação de Edital de Pesquisa da FEPECS nº 58, cuja banca aprovou o Projeto que originou essa pesquisa.

Capacitação e atualização nessa área também foram objetos de grandes investimentos da GEAD como:

- realização de oito Cursos de Extensão em Internação Domiciliar, em parceria com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), de 100 horas de duração, durante o período de trabalho dos servidores, que já certificou em torno de 300 profissionais, tanto de nível médio quanto de superior da SES<sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> A certificação do Curso dá direito a uma Gratificação de Titulação que é adicionada ao salário do profissional.

- participação incentivada<sup>5</sup> em Congressos, destacando-se o Congresso Interdisciplinar Nacional de Atenção Domiciliar (CIAD), realizado anualmente em São Paulo, com apresentação de aproximadamente 30 pôsteres acerca dos serviços e trabalhos científicos desenvolvidos no DF;
- implantação de Centro de Estudos em Internação Domiciliar, nos quais há a realização de palestras de temas de interesse geral, com a periodicidade de 2-4 meses em média, abertas à participação de todos os membros das equipes;
- participação incentivada em Capacitações específicas como a de Prescrição de Cadeiras de rodas para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, Curso de feridas para a enfermagem, entre outros;
- realização do I Seminário em Atenção Domiciliar do DF, com participação da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAS/MS) e apresentação de experiências exitosas dos NRAD.

Se por um lado o processo de implantação de novos NRAD tem apresentado grandes dificuldades, principalmente em relação ao déficit de recursos humanos para completar as atuais equipes e implantar as novas; à insuficiência de carros próprios com motoristas; à deficiência de materiais e insumos necessários para o efetivo tratamento e acompanhamento dos pacientes cadastrados e à carência de infra-estrutura física adequada, por outro lado, tem havido grandes avanços, de iniciativa dos próprios NRAD, quais sejam: realização de encontros periódicos com cuidadores, de estudo de casos, de terapia comunitária; campo de estágio de práticas para graduandos de várias faculdades do DF e de residentes da FEPECS; elaboração de protocolos clínicos em atenção domiciliar nas áreas de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional (em andamento) e de protocolos de fluxo como o da desospitalização (concluído).

Com a publicação da Portaria nº. 2029 em agosto de 2011 que define a atenção domiciliar no âmbito do SUS, da Portaria nº. 2527 em outubro do mesmo ano, que a substituiu, redefinindo a atenção domiciliar no âmbito do SUS e finalmente com o lançamento do Programa Melhor em Casa em novembro, no Palácio do Planalto em Brasília, tendo o DF participado do evento como serviço de

---

<sup>5</sup> Ajuda de custo para inscrição, passagens e diárias.



referência para o Programa, a atenção domiciliar consolida-se como uma das prioridades do governo federal.

Em função dessa nova Portaria, a GEAD se mobilizou no sentido de viabilizar a readequação do PID-DF, re-escrevendo o Projeto do Serviço de Atenção Domiciliar do DF de acordo com os Anexos 1 e 2 do Manual Instrutivo do “Melhor em Casa” (80), que foi aprovado pelo Colegiado de Gestão da SES (86) e protocolado no MS no início de 2012.

De acordo com esse Projeto recente, há a previsão de implantação de 22 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e 05 Equipes multidisciplinares de Apoio (EMAP) no DF, considerando a população de 2010 IBGE e o PDR do DF, apresentado no Quadro abaixo:

Quadro 3 - Capacidade de implantação de EMAD e EMAP por Região de Saúde e População DF 2010 – IBGE (100% de cobertura), Brasília, 2012

Regiões de Saúde	NRAD - SAD	Região administrativa	População 2010 IBGE	Capacidade de EMAD	Capacidade de EMAP
<b>REGIÃO CENTRO SUL</b>	NRAD Asa Sul	RA1 - Asa Sul RA16 - Lago Sul	<b>453.909</b>	<b>2</b>	
	NRAD Núcleo Bandeirante	RA8 -N. Bandeirante RA 24 -Park Way RA17 - R. Fundo I RA 21- R. Fundo II RA19 - Candangolândia		<b>1</b>	
	NRAD Guará	RA 29 - S.I.A. RA 25 - SCIA (Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel) RA10 - Guará		<b>1</b>	<b>1</b>
				<b>4</b>	<b>1</b>
<b>REGIÃO CENTRO NORTE</b>	NRAD Asa Norte	RA1 - Asa Norte RA18 - Lago Norte RA11 - Cruzeiro RA 23 - Varjão RA 22 - Sudoeste/Octogonal	<b>182.561</b>	<b>1</b>	
				<b>1</b>	
<b>REGIÃO OESTE</b>	NRAD Ceilândia	RA9 - Ceilândia	<b>460.271</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
	NRAD Brazlândia	RA4 - Brazlândia		<b>1</b>	
				<b>4</b>	<b>1</b>
<b>REGIÃO SUDOESTE</b>	NRAD Taguatinga	RA3 - Taguatinga RA 20 - Águas Claras/Arniquireiras RA 30 - Vicente	<b>683.215</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

		Pires			
	NRAD Samambaia	RA12 - Samambaia		2	1
	NRAD Recanto das Emas	RA15 - Recanto das Emas		1	
				6	2
<b>REGIÃO NORTE</b>	NRAD Sobradinho	RA5 - Sobradinho I RA 26 - Sobradinho II RA 31 - Fercal	<b>330.658</b>	2	1
	NRAD Planaltina	RA6 - Planaltina		1	
				3	1
<b>REGIÃO LESTE</b>	NRAD Paranoá	RA7 - Paranoá RA 28 - Itapoã	<b>196.789</b>	1	
	NRAD São Sebastião	RA 27- Jd. Botânico RA14 - São Sebastião		1	
				2	
<b>REGIÃO SUL</b>	NRAD Gama	RA2 - Gama	<b>254.505</b>	1	
	NRAD Santa Maria	RA13 - Santa Maria		1	
				2	
<b>7</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>2.570.160</b>	<b>22</b>	<b>5</b>

Fonte: GEAD/DIAE/SAPS/SES-DF, 2011.

EMAD: Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar. EMAP: Equipes multidisciplinares de Apoio.

Ainda em 2012, com a publicação da Portaria nº 1.094, que habilitou estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), entre os quais o SAD-DF (82) e da Portaria GM/MS nº 1.533 (52), que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS (18), houve a possibilidade de se iniciar a implantação do novo sistema de informação da atenção domiciliar, utilizando nova tecnologia de informação – alimentação de dados por “smartphones” – e a de credenciar EMAD e EMAP no CNES, pela redefinição da carga horária mínima dos constituintes das equipes.

Também em 2012, foi atingida a meta de se implantar um NRAD em cada Coordenação Geral de Saúde do DF (ao todo 15), tendo o Núcleo da Asa Sul, situado no Hospital Materno Infantil (HMIB) originado de uma proposta diferenciada da dos outros Núcleos: a de atender crianças no domicílio com critérios de internação domiciliar e a de ser a referência e fazer o matriciamento desse atendimento para todos os NRAD.

Atualmente, o DF conta com 15 NRAD - 12 localizados em hospitais regionais, 01 em Centro de Saúde (CS), 01 em Clínica da Família (CF) e 01 em Unidade Mista (UM)<sup>6</sup> -, constituídos por 16 EMAD e 05 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), das quais 11 EMAD e 04 EMAP foram credenciadas no CNES por cumprirem a carga horária mínima definida na atual Portaria MS nº 963/2013; o credenciamento dessas equipes foi possível graças à ampliação de carga horária de profissionais lotados nos NRAD e à contratação de médicos e lotação de nutricionistas nesses serviços (são mais de 200 profissionais ao todo, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, odontólogos, auxiliares administrativos e motoristas)

Dentre as atividades desenvolvidas pelos NRAD estão basicamente: assistência domiciliar nas modalidades AD1, AD2 e AD3 (definidas na Portaria nº 963/MS); oxigenoterapia domiciliar; cuidados paliativos; coleta de exames complementares em domicílio; educação em saúde no contexto domiciliar e comunitário; fornecimento de dieta enteral, materiais e insumos; empréstimo de equipamentos médico-hospitalares.

Segue abaixo a Série Histórica da produtividade dos NRAD, no período de 2008 a 2014. (Tabela 3)

Tabela 3 - Série histórica da produtividade dos NRAD de 2008 a 2014\*, Brasília, 2014

<b>ANOS</b>	<b>2008 a 2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014*</b>	<b>TOTAL</b>
Faturamento R\$ (SIA/SIH e RAAS-AD)**	8.012.782,25	4.560.880,00	4.706.000,00	17.279.662,25
Nº. de visitas domiciliares	183.645	73.847	45.766	303.258
Nº. de atendimentos ambulatoriais	351.288	184.895	107.798	643.981
Nº. de procedimentos domiciliares	617.215	289.540	167.853	1.074.608
Nº. de pacientes cadastrados	5.406	6.453	6.819	6.819
Nº. de pacientes ativos	904	1.184	1.183	1.183

Fonte: GEAD/DIAE/SAPS

\* Até outubro

<sup>6</sup> Os NRAD localizados em CS, CF e UM correspondem às CGS que não possuem hospital regional, fazendo, portanto, referência a unidades hospitalares de outras CGS, de acordo com o PDR.

\*\* SIA: Sistema de Informação Ambulatorial; SIH: Sistema de Informação Hospitalar; RAAS AD: Registro de Atividades Ambulatoriais de Saúde na Atenção Domiciliar

Observa-se na série histórica acima que a produtividade dos NRAD foi diretamente proporcional à implantação de novos NRAD, com exceção do número de pacientes ativos, em virtude tanto do processo de seleção de pacientes com perfil de internação domiciliar/AD2 e AD3, que são o público alvo do Programa, requerendo uma assistência mais assídua e permanente da equipe de saúde capacitada para esse fim, quanto da progressiva integração com a Rede de Atenção à Saúde, na absorção, pela Atenção Primária, dos pacientes classificados como AD1.

Até 2012, o faturamento dos procedimentos domiciliares permaneceu somente pelos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH, respectivamente); à medida que as equipes passaram a serem credenciadas no CNES pela Portaria nº 963/MS, em 2013, estas passaram a receber incentivos financeiros fixos e mensais<sup>7</sup>.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) foi instituído na SES-DF a partir de 2006, na Regional de Saúde de Sobradinho, onde era feita a admissão ao Programa por um auxiliar de enfermagem para pacientes oriundos de todo o DF, que dependentes de oxigênio, ou permaneciam hospitalizados ou iam para casa com um cilindro desse gás medicinal que precisaria ser recarregado frequentemente pelo Hospital, o que trazia riscos e dificuldades principalmente para o transporte desse recipiente.

Para atender a uma demanda crescente de solicitações e incapacidade daquela Regional de gerir tanto a admissão sistematizada quanto o monitoramento desses pacientes o POD foi integrado ao Programa de Internação Domiciliar (PID), cuja admissão passou a ser efetuada nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) da Regional de Saúde onde o paciente morava, e centralizando as autorizações na GEAD, viabilizando, dessa forma, o acesso a essa modalidade assistencial a quem precisasse, de forma ágil – instalação do equipamento em até 2 dias a partir da solicitação – segura e monitorada.

---

<sup>7</sup> Segundo a Portaria nº 963/MS, cada EMAD implantada recebe um incentivo financeiro de R\$ 50.000,00/mês e cada EMAP implantada, R\$ 6.000,00/mês.

Atualmente há 748 pacientes com concentradores instalados em seus domicílios que são monitorados pelos atuais 15 NRAD (um em cada Coordenação Geral de Saúde), na modalidade de atenção domiciliar de baixa complexidade, na grande maioria dos casos. A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é oferecida aos usuários do SUS em poucos estados brasileiros, como: São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Espírito Santo e Rio Grande do Sul.

O POD DF já admitiu mais de 8.000 pacientes desde 2006, havendo uma rotatividade elevada dos mesmos, considerando admissões e altas, seja por óbito, seja por mudança de endereço ou outros motivos. As demandas tem levado para cada vez mais tornar o POD mais abrangente e inclusivo, tendo sido instalados equipamentos em um presídio do DF, lares para idosos, instituições para crianças e também em escolas públicas, oportunizando a estudantes dependentes de oxigênio ter o convívio com seus colegas de classe.

Porém ainda há dificuldades para implementação do Programa, tendo em vista o não cumprimento da Portaria nº 630/2011 que prevê a aplicação de tarifa social de energia elétrica para pessoas de baixa renda pela Companhia Energética de Brasília (CEB); a não contemplação para concentrador de alto fluxo e de cilindro de transporte para pacientes que apresentam essa demanda; o extravio de equipamentos, apesar da assinatura de Termo de Responsabilidade<sup>8</sup> com registro em cartório, o que acarreta ressarcimento da SES à empresa fornecedora de gases; a pouca integração dos pneumologistas ao Programa.

Apesar de a atenção domiciliar ter sido reconhecida como política institucional prioritária pelo governo federal após o lançamento do Programa Melhor em Casa em 2011; de a proposta do PID-DF ser única para todo o sistema de saúde do DF, de ser um serviço integrado entre si, territorializado, na lógica da desinstitucionalização, usuário-centrado e dos avanços conquistados nos últimos anos, este serviço ainda não conseguiu superar as dificuldades inerentes a essa nova modalidade assistencial quanto à sua apreensão e articulação com a rede de saúde; porém, não tem interferido com as potencialidades das práticas inovadoras em constante desenvolvimento, na medida em que cada caso se apresenta, em sua singularidade e especificidade.

---

## 4 MÉTODO, RESULTADOS e DISCUSSÃO

O presente trabalho é continuidade de estudo iniciado em 2009, coordenado pela pesquisadora, que tendo assumido o cargo de Gerente de Atenção Domiciliar desde 2007, constituiu um grupo de pesquisa composto por profissionais experientes pertencentes ao serviço de atenção domiciliar, professores doutores da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com a finalidade de construir um instrumento de classificação assistencial do PID-DF.

Ao se definirem as bases do novo instrumento durante dois anos de oficinas realizadas periodicamente, estabeleceu-se a necessidade de se realizar estudo mais amplo para conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes assistidos pelo PID-DF, analisando se esse perfil estava correspondendo ao que o serviço se propunha, que era atender aos pacientes de média complexidade, designados de “AD2/AD3”. Este estudo corresponde ao artigo “Perfil clínico e epidemiológico de pacientes do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal – Brasil”, apresentado no item 4.1 desta tese.

Para atender às especificidades do serviço de atenção domiciliar no SUS, o instrumento de classificação assistencial contemplou não só os procedimentos realizados por equipe multiprofissional no domicílio, mas também os realizados no próprio Núcleo Regional de Atenção Domiciliar que viabilizam toda a logística da pré-visita e pós-visita domiciliar, bem como a influência do cuidador e da família no cuidado ao paciente. Todos esses aspectos foram referenciados ao tempo necessário para a realização dos mesmos, o que embasou a elaboração do segundo artigo apresentado no item 4.2: “Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal”.

A análise do tempo gasto pela equipe além de ter fornecido subsídio para dimensionamento de pessoal e dados acerca do funcionamento do serviço, embasou a pontuação do instrumento de classificação assistencial, cujas atividades cronometradas ou estimadas tiveram os seguintes escores: 1, para atividades que tiveram a duração média de 0 a 10 minutos; 2, para as atividades que tiveram a duração média de 11 a 20 minutos; 3, para as atividades que tiveram a duração média de 21 a 20 minutos, e assim por diante. O terceiro artigo refere-se à

“Elaboração, validade e reprodutibilidade de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar”, constante no item 4.3.

E finalmente o quarto artigo: “Satisfação do usuário nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar do DF”, no item 4.4, discorre sobre as várias dimensões do cuidado sob o olhar do usuário, que adquire, na concepção da responsividade, a mensuração mais objetiva de suas expectativas legítimas, fundadas nos conceitos da humanização e da cidadania.

As formatações e referências dos artigos encontram-se nos seus originais de submissão/publicação de forma independente às da tese propriamente dita, com exceção das figuras, tabelas e quadros, que obedeceram a ordem de ocorrência da tese para facilitar sua localização.

#### **4.1 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL – BRASIL**

##### **RESUMO**

**Introdução.** A presença hegemônica das condições crônicas no mundo nas últimas décadas tem pressionado os sistemas de saúde para uma reorganização, visando sua viabilidade e sustentação econômica, com ações “usuário-centrado” e integradas, e usando a lógica do modelo de redes de atenção à saúde. Uma das alternativas encontradas para essa necessidade remete para a atenção domiciliar, que possibilita atender pacientes crônicos acamados no domicílio em substituição ou complementação à intervenção hospitalar.

**Objetivos.** Os objetivos do presente estudo foram descrever o perfil sócio-demográfico e clínico da população assistida pelo Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, considerando que o modelo de atenção domiciliar é recente no Brasil e de haver déficit de estudos nessa área.

**Método.** Foi realizado estudo transversal e descritivo, baseado nos dados de prontuários de todos os 857 pacientes que estavam cadastrados nesse Programa de janeiro de 2012 até agosto de 2013. As variáveis do estudo foram: características sócio-demográficas (local de residência, faixa etária e gênero) e clínico-

epidemiológicas (diagnóstico principal, modalidade assistencial, período de permanência e evolução clínica).

### **Resultados**

O perfil geral dos pacientes caracterizou-se por pessoas idosas – acima de 60 anos - (62.66%), do gênero feminino (55.78%), portadoras de doenças cardiovasculares (26.37%), na modalidade de baixa complexidade assistencial (61.49%), com permanência entre de 1 a 2 anos (46.09%), e mantendo-se ativas no serviço no percentual de 49,94.

### **Conclusões**

A análise desse perfil permitiu identificar que o Programa vem assistindo predominantemente pacientes com perfil de baixa complexidade, de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, desvirtuando sua potencialidade de desospitalizar pacientes crônicos de média complexidade, seu público-alvo.

**Palavras-chave:** Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência domiciliar; Pacientes domiciliados; Epidemiologia Descritiva.

## **INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, a situação de saúde no mundo tem sido caracterizada pela presença hegemônica das condições crônicas, categoria que vai além do conceito das doenças crônicas, por agregar variáveis que ampliam sua análise do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde.

As condições crônicas são caracterizadas por doenças de início e evolução lentos (mais de três meses), de caráter multicausal, que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos, que levam ao aparecimento de vários sintomas e usualmente à perda da capacidade funcional; e requerem intervenções do sistema de saúde de forma integrada, contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, contidos em plano elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias. (1)



Dessa forma, as condições crônicas são representadas não somente pelas doenças tradicionalmente conhecidas por crônico degenerativas ou crônico não transmissíveis, mas também por condições agudas que podem evoluir para condições crônicas (traumas que deixam seqüelas de longa duração), doenças infecciosas persistentes (HIV/AIDS, hepatites virais), doenças neuromusculares hereditárias da infância, distúrbios mentais de longo prazo, doenças metabólicas e outras, bem como apresentar períodos de agudização, muitas vezes causados pelo manejo inadequado dessas condições.(1)

O aumento das condições crônicas reflete mudanças demográficas, epidemiológicas e socioculturais, que são sensíveis ao comportamento da economia e ao desenho de políticas públicas. Embora estejam presentes em âmbito mundial, essas mudanças apresentam particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países, como no Brasil. (2)

Considerando os aspectos demográficos, observa-se que a população brasileira vem envelhecendo em ritmo bastante acelerado em relação à maior parte das nações consideradas desenvolvidas, principalmente quando se observa a distribuição da população projetada para o grupo de idosos (60 anos ou mais de idade), no qual o aumento na participação relativa passará de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais. (3)

Além do envelhecimento populacional, e de outros componentes demográficos concorrem para o incremento das condições crônicas, como: taxa de fecundidade total em processo de queda, aumento na proporção de mulheres que não tiveram filhos nascidos vivos; e esperança de vida ao nascer em ascensão. (3)

A correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica se evidencia quando se observam, concomitantemente, parâmetros como mortalidade, morbidade, fatores de risco e carga das doenças.

Em relação à mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, os dados do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, em 2010, elas representavam 73,9% das causas de óbito, havendo, ao mesmo tempo, uma desaceleração recente na queda dessas taxas, provavelmente em razão do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência da obesidade e do diabetes, fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e várias outras doenças crônicas. (4)

Do ponto de vista da morbidade, enfocando a morbidade hospitalar, nas internações do SUS referentes ao período de fevereiro de 2014, os cuidados prolongados (crônicos) figuram com a taxa de mortalidade mais alta em relação a outras especialidades no mesmo período: 30,49. (5)

Entre os fatores de risco associados às condições crônicas destacam-se: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social, que paralelamente ao processo de urbanização, acidentes de trânsito e violência, concorrem para que as condições crônicas aumentem em ritmo acelerado.

Em relação à carga das doenças, há de se contextualizar uma transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, Nesses países, vem ocorrendo o que recentemente se definiu definida como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o forte predomínio relativo das doenças crônicas e de seus fatores de riscos e o crescimento da violência e das causas externas. (6)

Já as mudanças de cunho sociocultural apontam para a existência de inúmeros padrões de organização dos arranjos familiares na Europa e no Brasil, onde se destaca, em primeiro lugar, o continuado crescimento da proporção dos arranjos unipessoais, ou seja, de pessoas que vivem sós, que representavam 9,3% em 2002, passando para 13,2% em 2012, e a crescente participação da mulher na força de trabalho, o que diminui a disponibilidade de cuidadores potenciais para pessoas dependentes. (3)

O impacto econômico e social das condições crônicas tem sido enorme, tanto pelo aumento dos custos com serviços de saúde e utilização de novas técnicas assistenciais como pela redução da capacidade de trabalho, da autonomia e da qualidade de vida impostas por essas condições, gerando grandes efeitos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

A resposta social para a crescente demanda de cuidados para as condições crônicas remete especialmente para a necessidade de reorganização dos sistemas de atenção à saúde, possibilitando tanto sua viabilidade e sustentabilidade econômicas e maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, como a redução das

iniquidades em saúde, por meio da produção de ações “usuário-centrado”, de modo integrado e concebido na lógica do modelo das Redes de Atenção à Saúde. (7)

Nesse cenário, surge a Atenção Domiciliar (AD) como uma alternativa muito consistente, tendo em vista as tendências epidemiológicas atuais, a questão referente à economia da saúde e a necessidade da mudança do modelo tecnoassistencial vigente – hospitalocêntrico - que tem características de baixa racionalidade e eficiência frente a determinadas situações clínicas, como a de doentes crônicos, que podem ser cuidados no domicílio, quando estes já não são de alta complexidade e sim de alta dependência.

Dessa forma, a AD constitui-se na modalidade assistencial que poderá atender a essa demanda, pois ao prestar assistência à saúde ao paciente em seu domicílio, criando condições familiares para que haja continuidade do tratamento, sem perda de qualidade e de efetividade do cuidado, vai ao encontro às aspirações do paciente, da família, dos próprios serviços e dos trabalhadores da saúde.

#### BREVE HISTÓRICO DA AD NO MUNDO E NO BRASIL

O cuidado domiciliar é uma prática remota, tendo sido amplamente utilizada na Europa da Idade Média, antes da institucionalização dos hospitais. O primeiro sistema de assistência domiciliar implantado no mundo foi no Hospital de Boston (Estados Unidos da América), em 1780, cujos serviços, em sua maioria, foram formados por associação de enfermeiras visitadoras. (8)

O número dessa modalidade de serviços cresceu após a segunda guerra mundial e expandiu-se para outros continentes como a Europa, motivados pela necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente.

As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (9) e ampliou-se, e do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Como uma atividade planejada iniciou-se pelo setor

público, com a implantação do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE) em 1967.

Seguindo uma tendência mundial, a atenção domiciliar expandiu-se como serviço organizado na forma de cuidado domiciliar, concentrado em empresas privadas e nas grandes cidades, com aumento significativo em meados dos anos 90, através de hospitais públicos e privados, prefeituras, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros. (10)

#### ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MODALIDADES ASSISTENCIAIS

A AD no SUS começou a se conformar com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início dos anos 90, estratégia compreendida hoje como transitória para o então Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), que passou a responsabilizar-se pelo cuidado à saúde do grupo familiar, em territórios definidos, com a criação de vínculos e atendimento no domicílio e em 2002, por meio da Lei nº 10.424, sancionada pelo Ministério da Saúde, que acrescentou à Lei Orgânica da Saúde - nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 – o Atendimento e Internação Domiciliar.

A evolução da legislação sobre atenção domiciliar no Brasil ocorreu em 2011, com a instituição da Política Nacional de Atenção Domiciliar, por meio da publicação de dispositivos que foram alterados recentemente pela Portaria nº. 963, de 27 de maio de 2013, que reafirma a AD no âmbito do SUS, como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e de média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência e complementar à Atenção Primária. (11)

Essa portaria ministerial define três modalidades de AD, de acordo com a complexidade e características do quadro clínico do paciente, à frequência de visitas domiciliares e à equipe de saúde responsável por esse atendimento:

AD1 – Atenção Domiciliar tipo 1 – destina-se a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados (baixa complexidade) e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento

das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês e de responsabilidade das equipes de atenção primária, dentre as quais a ESF.

AD2 – Atenção Domiciliar tipo 2 – caracteriza-se por pacientes que demandam procedimentos de média complexidade, tais como: curativos complexos, adaptação ao uso do dispositivo de traqueostomia, sondas e ostomias; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, necessidade de cuidados paliativos e de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido e em estabilidade clínica.

AD3 – Atenção Domiciliar tipo 3 – corresponde aos pacientes com perfil de AD2 e que façam uso de suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal e/ou paracentese.

Os pacientes AD2 e AD3 tem necessidade mínima de uma consulta semanal, são o público alvo dos Serviços de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, que no Distrito Federal denomina-se Programa de Internação Domiciliar (PID).

A Atenção Domiciliar de alta complexidade é destinada aos pacientes que demandem: ventilação mecânica invasiva, em monitorização contínua; enfermagem intensiva e propedêutica complementar; uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil manejo, cujo serviço é terceirizado pela SES-DF.

## ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL

O PID teve início no DF em 1994, com implantação gradual dos atuais 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), localizados nas respectivas Coordenações Gerais de Saúde (CGS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), correspondendo a 57,16% de cobertura populacional.

O DF é uma Unidade da Federação atípica por ser indivisível e não municipalizada, como estabelece a Constituição Federal Brasileira, embora compartilhe muito dos problemas que afligem as demais regiões brasileiras. Compreende um quadrilátero de 5.787,8 Km<sup>2</sup>, que equivale a 0,06% da superfície do país, o DF, em si, não tem sede, pois é indistinto da capital federal, Brasília,

classificada como a quarta cidade mais populosa do Brasil, com população de 2.570.160 de habitantes. (12)

Com a finalidade de facilitar a administração, o território do DF foi dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs), estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2012.

A organização atual do Sistema de Saúde no DF, estabelecida no Plano Diretor de Regionalização (PDR-DF 2007) (13), define de uma forma geral, sete Regiões de Saúde (RS) e 15 Coordenações Gerais de Saúde (CGS), onde estão implantados os NRAD, localizados ora em Hospitais Regionais ora em UBS e coordenados por uma instância na Administração Central: a Gerência de Atenção Domiciliar.

Considerando que o modelo de AD é recente no Brasil e o fato de a literatura sobre o tema encontrar-se fragmentada, carecendo de estudos comparativos internacionais (14) é que se propôs este estudo, tendo por objetivos descrever o perfil sócio-demográfico e clínico da população assistida pelo PID.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, baseado no levantamento de dados de prontuários de todos os 857 pacientes que estavam cadastrados no PID, pertencentes à área de abrangência dos 15 NRAD, de janeiro de 2012 até agosto de 2013. A equipe de saúde dos serviços ficou responsável pelo preenchimento dos formulários, após discussão e estabelecimento de padronização de coleta de informações. Não foram incluídos dados de novas admissões ocorridas nesse período e nenhum prontuário de paciente foi excluído.

As variáveis do estudo foram: características sócio-demográficas (local de residência, faixa etária e gênero) e clínico-epidemiológicas (diagnóstico principal, uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP), modalidade assistencial, período de permanência e evolução clínica). Todos os tempos foram registrados em anos.

As informações coletadas em planilhas Excel foram transferidas para um banco de dados construído no programa STATA, versão 12 e submetidas a análises descritivas de frequência de eventos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES-DF), protocolo nº 392/08.

## **RESULTADOS**

O perfil geral dos pacientes atendidos pelo PID foi caracterizado pela preponderância de pessoas idosas, portadoras de doenças cardiovasculares, na modalidade de baixa complexidade assistencial e com permanência média de 1 a 2 anos no serviço.

Os locais de residência dos pacientes atendidos pelo PID (Figura 5) foram, em ordem decrescente: Sobradinho - 179 (20,89%); Planaltina - 167 (19,49%); Ceilândia - 103 (12,02%); Gama – 68 (7,93%) e Samambaia - 63 (7,35), perfazendo um total de 580 pacientes (67,68%).



Figura 1

Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal e Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar, segundo ano de implantação e número de pacientes assistidos, Brasília, 2013

A faixa etária e o gênero estão representados na Tabela 1, na qual se constatou que 546 (63,99%) dos pacientes atendidos no PID no período estudado eram idosos (pessoas acima de 60 anos), com 66 (7,73%) usuários com mais de 90 anos, dos quais seis eram centenários (0,7%). Quanto ao gênero, observou-se que 473 (55,42%) eram do gênero feminino e 380 (44,53%) do gênero masculino.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo faixa etária e gênero, Brasília, 2013

Faixa etária/Gênero	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menor de 1 ano	1	0.11	1	0.11	2	0.22
1 a 59	127	14.88	178	20.86	305	35.74
60 a 89	297	34.81	183	21.45	480	56.26
Acima de 90	48	5.62	18	2.11	66	7.73
Total	473	55.42	380	44.53	853	100



Na distribuição da frequência de Grupo de Doenças (Tabela 5), observou-se o predomínio das doenças do aparelho circulatório - 247 (29,02%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório 226 (26,55%) e pelas do sistema nervoso - 187 (21,97%), e pela presença de duas condições no quarto lugar: neoplasias e lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, com 49 pacientes cada (5,75%).

Essa distribuição foi em função da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID 10) principal, tendo em vista que os pacientes, representados principalmente por idosos, possuíam mais de uma doença a ser tratada.

Tabela 5 - Distribuição segundo Grupo de doença (CID 10), Brasília, 2013

<b>Grupo de doença (CID 10)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Algumas afecções originadas no período perinatal	3	0.35
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	0.7
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0.11
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0.58
Doenças do aparelho circulatório	247	29.02
Doenças do aparelho digestivo	1	0.11
Doenças do aparelho geniturinário	5	0.58
Doenças do aparelho respiratório	226	26.55
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0.11
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	0.47
Doenças do sistema nervoso	187	21.97
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10	1.17
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	1.99
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	0.11
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	49	5.75
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	13	1.52
Neoplasmas (tumores)	49	5.75
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	8	0.94
Transtornos mentais e comportamentais	18	2.11
<b>Total</b>	<b>851</b>	<b>100</b>

O uso de ODP encontrado na população do estudo foi de 31,54%, o que corresponde a 269 pacientes.

Quanto à modalidade assistencial (Tabela 6), observou-se que a predominância foi de pacientes de baixa complexidade (61,70%), caracterizando o perfil AD1; já os pacientes identificados nas modalidades assistenciais AD2 e AD3, representaram 31,49% da população atendida.

Em relação ao tempo de permanência no PID (Tabela 6), verificou-se que a maior parte dos pacientes (46,63%) em atendimento estava de 1 a 2 anos no serviço, seguido dos pacientes com 3 a 4 anos de assistência.

Ainda na Tabela 6 constatou-se, na variável evolução clínica, que 426 (49,94%) pacientes mantiveram-se ativos no Programa; 187 (21,93%) foram a óbito; 106 (12,43%) tiveram alta por melhora; 20 (2,34%) por piora e 114 (13,3%) por outros motivos como: mudança de endereço, sem cuidador identificado, não adesão ao tratamento e institucionalização.

Tabela 6 - Distribuição segundo modalidade assistencial, tempo de permanência e evolução clínica, Brasília, 2013

<b>Variáveis clínico-epidemiológicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Modalidade assistencial</b>		
AD1	527	61.70
AD2	269	31.49
AD3	58	6.79
<b>Tempo de permanência</b>		
Menos de 11 meses	110	12.98
1 a 2 anos	395	46.63
3 a 4 anos	197	23.25
5 a 9 anos	119	14.04
Mais de 10 anos	26	3.06
<b>Evolução clínica</b>		
Ativo	426	49.94
Óbito	187	21.93
Melhora	106	12.43
Mudança de endereço	36	4.22
Piora	20	2.34
Outros	78	9.14

Os valores totais para cada variável podem diferir em função de dados perdidos.

## DISCUSSÃO

Os dados da Figura 5 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal e Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar, segundo ano de implantação e número de pacientes assistidos - traçaram um paralelo entre o maior número de pacientes atendidos e a antiguidade da implantação dos serviços no DF – Sobradinho (1994); Planaltina (1997) e Gama (2002) e quanto às RAs que possuem maior número de habitantes em relação às anteriores como: Ceilândia – 414.531 habitantes e Samambaia – 205.516 habitantes, cujos Núcleos foram implantados em 2009.

A faixa etária e a distribuição por gênero dos pacientes assistidos (Tabela 4) apresentaram perfis semelhantes ao da população da maioria de outros serviços estudados – nacionais, seja de ESF seja de Equipes de AD (15,16,17,18) e internacionais (14,19,20) -, indo ao encontro dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (3), no qual a idade de 80 anos ou mais foi a que apresentou maior índice de crescimento entre as pessoas idosas; maior incidência de doenças crônicas, piores capacidades funcionais, menor autonomia, maior atenção da família e da sociedade; proporção de 100 mulheres para 62 homens: feminilização do envelhecimento.

Entretanto, esse perfil difere do encontrado em dois estudos (21,22), que agregaram outros parâmetros de análise para traçar o perfil demográfico de seus pacientes. No primeiro estudo, realizado em um Serviço de Internação Domiciliar de um hospital do interior do Estado de São Paulo (21), foi observado que 57,2% eram homens, com média de idade de 65 anos, os quais (10,7%) estavam entre 16 e 40 anos, 28,6% entre 40 e 60 anos e 60,7% entre 60 e 96 anos. Os autores não concordam com a identificação de que os pacientes mais assistidos por serviços de internação domiciliar sejam mulheres idosas e com a elevada mortalidade dos homens, sem incorporar estudos do determinante potencial do gênero na relação entre status de saúde e arranjo familiar, que caracterizem as desigualdades por sexo ante as condições socioeconômicas e estruturais, como, por exemplo, as condições domésticas e a renda familiar.

No segundo estudo (22), foi utilizado o Índice de Exclusão Social para compreender como as desigualdades sociais e de saúde se expressam no perfil saúde-doença de pessoas com perdas funcionais e dependência, atendidas no

domicílio por ESF no município de São Paulo. No geral, verificou-se a predominância de mulheres idosas, com incapacidade leve e que demandavam cuidados de menor complexidade, compatíveis com a APS. Porém, nos distritos com maior exclusão social, identificaram-se proporção de homens com menos de 60 anos e de crianças com incapacidade severa, que necessitavam de cuidados de maior complexidade em relação aos de menor exclusão.

Dessa forma, reconhece-se a importância de se valorizar esses olhares, que no atual estudo não foram possíveis de serem abordados. Uma descrição dessa natureza deve ser interessante, especialmente quando se considera que as pessoas têm envelhecido de forma heterogênea, dependendo de sua classe social, religião, etnia ou gênero, entre outros parâmetros, com dificuldade de acesso aos equipamentos públicos em geral, principalmente aos de saúde, seja em função da falta de oportunidade e possibilidade em buscar atendimento em outros serviços, seja por dificuldade de mobilidade e/ ou locomoção, seja pela oferta ainda insuficiente de serviços de saúde que dêem conta deste perfil populacional. (22)

Faz-se oportuno, portanto, compreender como a população está envelhecendo no Brasil e a repercussão deste fenômeno nos serviços de saúde, bem como apreender os determinantes sócio-econômicos e culturais que atuam sobre as formas de envelhecer e que também promovem o aumento da exclusão social e da violência.

Ao se comparar a frequência de grupos de doenças encontradas nos pacientes do PID (Tabela 5) com a de outros serviços (12,17,20), observou-se que de uma maneira geral as doenças crônico-degenerativas foram as mais encontradas, havendo troca de posição entre os grupos de doenças da CID 10: doenças cardiovascular, sistema nervoso e sistema digestivo no primeiro serviço; neoplasias, doenças neurodegenerativas e doença cardiovascular no segundo e doenças cardiovasculares, doenças endócrinas e doenças pulmonares obstrutivas crônicas no terceiro serviço.

Já no programa de internação domiciliar de um hospital universitário do interior de Minas Gerais (23) os agravos mais frequentes foram: pneumonia (16,1%), diabetes mellitus (6,6%), tuberculose e leishmaniose visceral. (5,1% para cada um). Tais dados demonstram certa diferença quanto aos principais diagnósticos dos

pacientes dos serviços referendados acima, o que pode refletir condições relacionadas ao perfil epidemiológico típico de cada região, bem como a modalidade assistencial do serviço – provavelmente pré-hospitalar, de baixa complexidade, pela frequência de doenças agudas e de programas de controle próprios da APS.

Esses dados, quando referidos à morbidade hospitalar encontrada no Distrito Federal em 2012 (5), apresentam similaridade com o número de óbitos ocorridos nesse mesmo período: dos 5.631 registrados, 1.142 foram por doenças do aparelho circulatório; 1.041 por doenças do aparelho respiratório; 820 por neoplasias; 736 por doenças infecciosas e parasitárias; 446 por doenças do aparelho digestivo e 380 por lesões, envenenamentos e causas externas, entre as causas mais frequentes.

Percebe-se, dessa forma, o panorama epidemiológico nacional da tripla carga de doenças, representado pela prevalência das doenças crônicas, co-existência das doenças infecto-parasitárias e a violência urbana, o que tem contribuído para um aumento das condições crônicas e, por conseguinte, da demanda por serviços de AD.

Já os pacientes que fizeram uso de ODP representaram 31,5% (269) do total de pacientes do PID, cuja indicação mais frequentemente associada para essa terapia foi Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC (45% das doenças do Grupo das Doenças Respiratórias).

Não se conhece a real prevalência da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no país, o mesmo ocorrendo nos EUA e na Europa. No entanto, estima-se que nos EUA aproximadamente 16 milhões de pessoas apresentem DPOC, 90% com predomínio de bronquite crônica e 10% de enfisema, numa proporção de dois homens para uma mulher.

Todavia, o número de pacientes com DPOC é significativamente maior: algo em torno de 30 a 35 milhões de pessoas. Isto pode ser explicado devido à doença ser silenciosa, ou seja, assintomática ou com sintomas de pouca relevância para o paciente (24)

Os dados de prevalência para o Brasil, obtidos até o momento são de questionário de sintomas, que permitem estimar a DPOC em adultos maiores de 40 anos em 12% da população, ou seja, 5.500.000 indivíduos. (24)

Assim como no PID, critérios de elegibilidade para admissão ao Serviço têm sido estabelecidos em várias regiões e países europeus. (14) Porém, mesmo com a definição do público alvo do Programa, denominado AD2/AD3 – média complexidade -, chama atenção, na Tabela 6, o fato de a maioria dos pacientes atendidos pelo PID ser de baixa complexidade, ou seja, da modalidade AD1, perfil de atendimento que deveria estar sendo acompanhado pelas equipes de APS.

Apesar de a APS no Brasil ser considerada a principal estratégia para modificar o modelo de atenção à saúde no SUS, a infra-estrutura dos serviços (recursos humanos, materiais e equipamentos) ainda é precária; conseqüentemente, não consegue atender todos os tipos de pacientes que requerem seus cuidados, incluindo os pacientes AD1, assistidos pelo PID.

Existem evidências abundantes e consistentes que comprovam a efetividade e eficiência da APS no impacto benéfico para a saúde da população, não apenas limitado a vários aspectos da saúde, mas se estendendo à maioria das causas de morte e agravos e à redução das desigualdades em saúde para a maioria dos subgrupos populacionais. (25) Há seis mecanismos, que individualmente ou em conjunto propiciam esse impacto, dos quais dois se destacam em função da relação direta com a AD: o acompanhamento precoce de problemas de saúde antes de se tornarem sérios suficientes para requerer hospitalização ou serviços de emergência; e o papel da APS em reduzir os encaminhamentos desnecessários e inoportunos para a atenção especializada.

Tais mecanismos atuam de maneira expressiva nas internações por condições sensíveis a atenção primária, que representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária, diminuído por ações efetivas da APS, as quais têm sido utilizadas como indicadores de acesso e qualidade da APS. (26)

Essa circunstância provavelmente tem limitado novas admissões advindas da demanda reprimida da desospitalização (perfis AD2 e AD3), pela dificuldade que os NRAD tem tido de dar alta aos pacientes menos complexos para a APS, fato que parece refletir não só a falta de condições de as famílias manterem seus pacientes no domicílio, mas também a falta ou deficiência de articulação entre os serviços, além da necessidade de amplificação e maior resolutividade da APS, principalmente

no cuidado aos agravos e doenças crônicas de longa duração e na reabilitação, além de outras condições.

De maneira geral, os NRAD cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física, composição da equipe mínima, área de abrangência, articulação com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – e hospital de referência na região a qual integra); e organização do trabalho em equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, dentre outros).

Apesar dos avanços dos últimos anos, com a implantação de novas equipes e qualificação dos profissionais, entre outros, os NRAD ainda não foram capazes de assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado, fato observado nos serviços de home care europeus. (14) Concebidos na lógica da desospitalização, os NRAD situam-se fisicamente na maioria das vezes em hospitais regionais; porém, discorda-se que o “lugar” que essa modalidade assume no serviço limite sua capacidade de absorver outras demandas, diminuindo seu potencial de impactar o modelo assistencial (2), pois também há NRAD funcionando em UBS.

Mais importante que o “lugar”, está a carência de decisão político-institucional que assuma a AD como importante estratégia para a organização tecno-assistencial em saúde do DF, proporcionando a logística necessária para a atuação das equipes e uma ampla discussão desde a atenção primária aos mais complexos níveis de atenção para a inclusão do movimento de integração de serviços e pactuação de responsabilidades, por meio de fluxos, protocolos, gerenciamento de casos crônicos, entre outros dispositivos.

Os resultados relativos ao período de permanência no PID observados na Tabela 6 assemelharam-se aos do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar de São Paulo (NADI) (15), no qual a média de tempo dos pacientes no programa foi de 495 dias (1, 35 anos); 58% permaneceram menos de 1 ano e 42% por mais de 1 ano; e a outro serviço de Home Care (27), onde se pôde verificar que a maior parte (27,42%) dos pacientes em atendimento estavam internados há 3 anos no serviço, fato explicado devido ao grande número das doenças que acometem os usuários

deste tipo de serviço serem crônicas e demandarem acompanhamento prolongado de equipe multiprofissional.

Há ainda serviços onde se verifica que o tempo médio encontrado corrobora para a caracterização de um serviço de caráter transitório (17), no qual o período médio foi de 35 dias de internação; e outro (23), onde o tempo médio de permanência mais frequente foi de 16 a 30 dias (41,6%). Tais serviços provavelmente atendem na modalidade de pré-hospitalização, como portas de entrada e saída das urgências, atendendo doenças agudas no domicílio e prevenindo hospitalizações.

Chama atenção o fato de haver 26 pacientes (3%) que estão sendo acompanhados pelo serviço há mais de 10 anos, o que faz refletir sobre o prolongamento da vida mesmo com dependência: as pessoas estão vivendo mais, mesmo já doentes, o que possibilita reafirmar a AD como estratégia de reversão da atenção centrada em hospitais, propiciando a construção de um enfoque de cuidado domiciliar a ser redimensionado, valorizado e muito utilizado.

Já os resultados da evolução clínica encontrados em outros serviços não apresentam correlação com os do DF (Tabela 6) nem entre si, apesar de, a princípio, realizarem o mesmo tipo de atendimento. Assim, em um serviço (23), 59% dos pacientes receberam alta com melhora do quadro, 28% faleceram, 7% tiveram seu quadro clínico inalterado e 6% foram encaminhados a outras instituições; em um segundo serviço (16), do total de 861 pacientes, 600 (69%) foram a óbito, 103 (12%) receberam alta e 155(18%) ainda estavam sendo visitados pela equipe; e em um terceiro serviço (17), 12% dos pacientes permaneceram em atendimento (os demais haviam recebido alta) dos quais 54% foram interrompidos pelo óbito, 23% para acompanhamento ambulatorial, 5% foram institucionalizados e 6% por não adesão por parte da cuidadora.

Pode-se inferir, por essa pequena amostra, a diversidade de modelagens e organizações que a atenção domiciliar vem assumindo no Brasil e em outros países (14), ora caracterizada por altas taxas de cura e melhora clínica, o que se pressupõe que sejam de pacientes de baixa complexidade, ora por altas taxas de mortalidade, o que poderia estar relacionado aos pacientes de maior complexidade assistencial,



devido às características mais agressivas das doenças que acometeram essa população do estudo.

Essa realidade é corroborada por Seixas *et al* (2013, 45) ao afirmar que os serviços públicos de atenção domiciliar no Brasil organizaram-se a partir de realidades, dinâmicas e necessidades distintas, considerando a constituição histórica no contexto da assistência à saúde brasileira. Dessa forma, constitui-se como modalidade de serviços/programas com critérios de elegibilidade diversificados, oferecendo desde programas organizados por condições/agravos específicos a propostas mais abrangentes e com públicos variados.

Entre as limitações do estudo há de se considerar as próprias de um estudo transversal e descritivo, como o controle da qualidade das informações coletadas. Os dados apresentados também podem não representar a dimensão de todos os problemas e nem todas as informações contidas nesses registros estavam completas (perdas menores de 1%).

## **CONCLUSÃO**

O perfil dos pacientes atendidos no Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal foi evidenciado por pacientes com faixa etária entre 70-79 anos, gênero feminino, com doenças do aparelho circulatório, na modalidade assistencial de baixa complexidade, com período de permanência de 1 a 2 anos no serviço, oriundos da Região Administrativa de Sobradinho, serviço mais antigo e portanto experiente e conhecido pelos pacientes e seus familiares.

A análise desse perfil permitiu identificar que o PID não vem exercendo sua potencialidade de desospitalizar pacientes crônicos de média complexidade (AD2/AD3), pelo fato de estar assistindo majoritariamente pacientes do perfil AD1 (baixa complexidade), de responsabilidade da APS. Assim, urge a necessidade de uma melhor articulação entre os serviços, além de amplificação e maior efetividade da APS, principalmente no cuidado aos agravos e doenças crônicas de longa duração e na reabilitação desses pacientes.

## **Lista de abreviações**

AD: Atenção Domiciliar; AD1: Atenção Domiciliar tipo 1; AD2: Atenção Domiciliar tipo 2; AD3: Atenção Domiciliar tipo 3; APS: Atenção Primária à Saúde; CID: Classificação Internacional de Doenças; DF: Distrito Federal; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; NRAD: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar; PID: Programa de Internação Domiciliar ; SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; UBS: Unidade Básica de Saúde.

### **Conflitos de interesses**

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

### **Contribuições dos autores**

Todos os autores contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

### **Agradecimentos**

À Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pelo financiamento de pesquisa aprovada pelo Edital nº. 57/2008. Às equipes dos NRAD e à Carla Cristina Carneiro Ribeiro pela colaboração na coleta de dados e construção do banco de dados, respectivamente.

### **REFERÊNCIAS**

1. Mendes EV: Health care networks. Ciênc saúde coletiva 2010, 15 (Supl 5): 2297-2305.
2. Seixas CL, Souza CG, Silva KL, Sena RR: Experiências de atenção domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro [<http://apsredes.org/site2013/atencao-domiciliar/wp-content/blogs.dir/8/files/2013/12/Revis%C3%A3o-Bibliogr%C3%A1fica-FINAL-junho-2013.pdf>]
3. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013 [<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>]

4. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010 (2012), disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap4.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap4.pdf)
5. Sistema de Informação Epidemiológica e Morbidade (2012), disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>
6. Frenk J: Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico [[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/frenk.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf)]
7. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE: Home care as change of the technical-assistance model. Rev Saúde Pública 2010, 44(Suppl 1): 166-176.
8. Rice R. Home care nursing practice: historical perspective and philosophy of care. In Home care nursing practice – concepts and application. Edited by Mosby. St. Louis; 2001: 3-14.
9. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc e saúde coletiva 2005, 10: 231-242.
11. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54869258/dou-secao-1-28-05-2013-pg-30>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=DF>]
13. Plano Distrital de Regionalização (PDR) do Distrito Federal 2007 [[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_df.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf)]
14. Genet N, Boerma WGW, Kringos DS et al. Home care in Europe: a systematic literature review [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207>]
15. Martos M, Sanches MN. Perfil socioeconômico dos pacientes e cuidadores do Núcleo de Assistência Interdisciplinar (NADI). In Assistência Domiciliar: Uma Proposta Interdisciplinar. Edited by Manole. Barueri: São Paulo; 2010: 398-413.

16. Marques MG, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde. 2009. Porto Alegre, Brasil. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400013>
17. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR et al. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. Rev Esc Enferm USP 2010, 44(Suppl 4):962- 968.
18. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos Gisele NA. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Ciênc e saúde coletiva 2012, 17(Suppl 5):1159-1165.
19. Llobet MP, Ávila NR, Farràs JF et al. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. Rev latino-am Enferm 2011, 19(Suppl 3): 8 telas.
20. Jones AL, Harris-Kojetin L, Valverde R. Characteristics and Use of Home Health Care by Men and Women Aged 65 and Over [<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr052.pdf>]
21. Maroldi MAC, Caliani JS, Dal Ponte LCR, et al. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. CuidArte Enfermagem 2012, 6(Suppl 1):24-29.
22. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo [<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/11.pdf> 2007]
23. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Physis 2010, 21(Suppl 1):147-157.
24. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. J Pneumol, v. 30, n. S5, p. S1-S42, 2004.
25. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005, 83 (Suppl 3): 457–502.

26. Alfradique ME. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil) 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
23. Benassi V, Leandro JD, Medeiros RF et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. J Health Sci Inst. 2012, 30(Suppl 4):395-398.

#### **4.2 TEMPO GASTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: SUBSÍDIO PARA DIMENSIONAR PESSOAL**

##### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em assistência domiciliar.

**Métodos:** Estudo exploratório e descritivo, que incluiu 214 pacientes. Após a definição dos principais procedimentos, os mesmos foram cronometrados por observadores treinados, que coletaram os dados em 2009 e 2010. Houve a observação de 245 visitas domiciliares e 441 procedimentos.

**Resultados:** Dos procedimentos categorizados como assistência direta, destacou-se o tempo gasto pela equipe de enfermagem, que correspondeu a 48,5%, seguido por 19,6% pelo fisioterapeuta, 16,4% pelo nutricionista e 15,5% pelo médico; e como assistência indireta, representada pelo deslocamento da equipe e orientação ao cuidador, família e/ou paciente, verificou-se que foram gastos 41,5% e 13% do total do tempo da assistência domiciliar, respectivamente.

**Conclusão:** A análise do tempo gasto na assistência domiciliar revelou a complexidade desse modelo de atenção e a potencialidade para subsidiar o dimensionamento de pessoal, bem como a reorganização do serviço.

##### **Descritores**

Serviços de assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem; Assistência domiciliar; Enfermagem em saúde pública; Recursos humanos em saúde; Downsizing organizacional

## **Keywords**

Home care services; Nursing care; Home care; Public health nursing; Health manpower; Personnel downsizing

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem ressurgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e da epidemiológica, caracterizadas especialmente no Brasil por: redução da mortalidade infantil; declínio acentuado da fecundidade; aumento da esperança de vida ao nascer; rápido processo de envelhecimento populacional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; tal situação de saúde, aliada ao desenvolvimento de novas tecnologias, entre outros fatores, tem elevado os custos assistenciais desses pacientes, que necessitam de assistência contínua em diferentes níveis de complexidade.

Dessa forma, a assistência domiciliar reafirma-se como uma das alternativas para a internação hospitalar, pelo potencial de inovação do modelo tecno-assistencial vigente, consubstanciando-se na integralidade e continuidade do cuidado, viabilizando: qualidade e humanização da atenção; trabalho em equipe voltado para a clínica ampliada; desenvolvimento de vínculo e participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção de projetos terapêuticos singulares; redução de internações e re-internações, com liberação de leitos hospitalares e, conseqüentemente, diminuição de custos da assistência <sup>(1-4)</sup>.

Com o intuito de regulamentar essa modalidade assistencial, já validada em outros países, porém ainda pouco consolidada no serviço público do Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - em 2011, tendo publicado recentemente a Portaria nº. 963/2013, na qual reafirma a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e de média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência e complementar à Atenção Básica.

Nesse sentido, a assistência domiciliar no sistema público apresenta-se como inovação que requer novas tecnologias de cuidados, pois propõe a se dar de forma humanizada e vinculante, com plano assistencial usuário-centrado de natureza

multidisciplinar, o que coloca o desafio de constituir equipes de saúde com dimensionamento e tempo adequados para prestar assistência de qualidade.

Todavia, depara-se com a dificuldade de se explicitar, sobretudo para os gestores, o quantitativo de pessoal necessário, bem como o número de pacientes possíveis de serem cuidados por uma equipe, considerando-se a especificidade de cuidados dessa modalidade assistencial.

A revisão bibliográfica demonstrou escassez de estudos voltados para o tema, sendo consubstanciados basicamente em métodos para classificar pacientes em atenção domiciliar utilizados em outros países e em experiências brasileiras, fundamentados na carga de trabalho de enfermagem, dirigidos aos pacientes internados em hospitais. Outros instrumentos existentes têm como propósito determinar as intervenções nos pacientes atendidos em assistência domiciliar, dentre os quais: *Catalogue de Prestations de Soins* da *Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile* utilizado na Suíça e instrumentos da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar e do Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar.

Esses dispositivos, apesar de pontuarem de forma prática a organização dos serviços, abrangem o dimensionamento de profissionais eminentemente de enfermagem, por meio da listagem e/ou duração temporal de atividades específicas de serviços de assistência domiciliar privados, inclusive os de alta complexidade, para fins de pagamento de procedimentos e/ou horas de trabalho, o que caracteriza o modelo *Manage Health Care*, centrado na racionalidade gerencial e financeira de convênios, planos e seguros de saúde.

Desta forma, urge a necessidade de estudos voltados para atenção domiciliar, especialmente do serviço público, que apresenta diversas peculiaridades, inclusive as relacionadas a integralidade do cuidado, que é desenvolvida pela equipe multidisciplinar com a colaboração do cuidador, entre outras interfaces. Ressalta-se ainda que a identificação e validação dos procedimentos/intervenções desenvolvidos no cotidiano poderão subsidiar o dimensionamento de pessoal e conseqüentemente um melhor planejamento de recursos humanos, que possam garantir a qualidade da atenção, aliada à sua capacitação.

Objetivo: analisar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em atenção domiciliar, a fim de oferecer subsídios para refletir sobre o dimensionamento de pessoal no serviço.

### **Métodos**

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, desenvolvido em cinco Núcleos Regionais do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, Brasília, implantado desde 1994.

Na primeira etapa do estudo foram realizadas 42 oficinas de trabalho com profissionais especialistas da atenção domiciliar para discutir os procedimentos requeridos pelos pacientes, a fim de obter a validade consensual e de conteúdo dos mesmos, tendo havido a consulta a alguns dispositivos validados como o *Theurapeutic Intervention Score Sistem* (TISS), entre outros.

O instrumento elaborado para mensurar o tempo gasto na atenção domiciliar (Anexo), foi composto pelos principais procedimentos/intervenções desenvolvidos na assistência direta (em domicílio) pela equipe multiprofissional, aqui considerada por: médico, pessoal de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta. Além desses, incluíram-se os procedimentos que fazem parte da assistência indireta como: deslocamento da equipe - tempo gasto da saída do serviço até a chegada ao domicílio do paciente e da saída do domicílio à chegada a outro domicílio (se houver) e/ou ao retorno ao serviço; e orientação ao cuidador, família e/ou paciente.

Na segunda etapa do estudo foi realizada observação dos cuidados prestados aos pacientes, utilizando-se o instrumento criado na primeira etapa do estudo. Foram selecionados dois observadores externos para a cronometragem do tempo das atividades das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: pertencer a uma das categorias profissionais constituintes da equipe de saúde; ter referência quanto à responsabilidade e compromisso; possuir perfil e disponibilidade de tempo para a realização do trabalho.

O treinamento dos observadores ocorreu por meio de várias reuniões, enfocando o correto preenchimento do instrumento e a possibilidade de registros extras para aperfeiçoamento do mesmo.



A população para mensuração dos procedimentos foi constituída pelos pacientes ativos do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, Serviço de Atenção Domiciliar (Brasília-DF), Atenção Básica, no período de 2009 e 2010, sendo o estudo realizado por amostra aleatória sistemática.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram os de admissão ao Programa: portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, sequelados e com co-morbidades; em cuidados paliativos; com incapacidade funcional para atividades de vida diária, provisória ou permanente e em estabilidade clínica, perfil em que há a prevalência de pessoas idosas.

Já os critérios de exclusão consistiram em: pacientes com necessidade de ventilação mecânica invasiva, em monitorização contínua, com enfermagem intensiva e propedêutica complementar com demanda potencial de realização de procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; em tratamento cirúrgico em caráter de urgência e que não tivessem cuidador contínuo identificado.

As variáveis do estudo foram representadas pelo número e tempo médio gasto dos procedimentos realizados no domicílio para a assistência direta e pelo número de orientações e tempo real gasto nos deslocamentos das equipes multiprofissionais para a assistência indireta.

Os possíveis vieses de aferição e de mensuração foram minimizados pela padronização do instrumento de coleta de dados e do uso de cronômetro, bem como o treinamento de observadores credenciados.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado em função da população alvo de 1019 pacientes ativos do Programa em outubro de 2009 (nível de significância: 5%; poder estatístico: 80%), resultando em 282 pacientes.

Os dados foram armazenados em planilhas do tipo Excel e a análise foi realizada por elementos de estatística descritiva, sendo utilizado o software estatístico SPSS versão 17.0.

O estudo desenvolveu-se em dois períodos: o primeiro ocorreu durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2009, nas Regionais de Saúde de Sobradinho, Planaltina, Gama, Guará e Asa Norte, quando foram realizadas 66

visitas domiciliares; e o segundo foi realizado durante os meses de julho, agosto e setembro de 2010 (179 visitas, totalizando 245 visitas domiciliares), para complementar o número de visitas da primeira amostra, a fim de se obter o quantitativo necessário para a amostra representativa de pacientes do Programa. A pesquisa alcançou o percentual de 86,8 do total da aplicação do instrumento para a amostra calculada (214 de 282 pacientes).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Projeto nº392/2009 CEP/FEPECS)

## Resultados

Os principais procedimentos realizados pela equipe de enfermagem do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal encontram-se na tabela 7; observou-se que os procedimentos mais frequentemente realizados foram: “mensuração/avaliação de sinais vitais” - 17,9%; “registro e ciência do cuidador na ficha de visita domiciliar” - 14,8%; “curativo de úlceras de pressão de graus variados” e “desbridamento” - 14,2%. Os que demandaram maior tempo médio de realização foram: “curativo/desbridamento” - 25,1 minutos; “primeira consulta de enfermagem” - 21,6 minutos; e “cuidados e orientações para pacientes com ostomias” - 15,8 minutos.

**Tabela 7.** Número de procedimentos e média da duração (em minutos) realizados no domicílio pela equipe de enfermagem na primeira e na segunda etapa do estudo, Brasília, 2010

Procedimentos de enfermagem	n=329	Média (minutos)	DP
Instalação de soroterapia	1	16,9	0
Curativo / desbridamento	1	25,1	0
Retirada de soroterapia	1	3,3	0
Aplicação de medicação por via muscular / subcutânea	2	3,1	2,8
Curativos múltiplos	4	15,6	15,5
Cuidados e orientações para pacientes com ostomias	5	15,8	13,9
Aplicação de medicação por via endovenosa	5	7,1	8
Orientação ao paciente	6	3,2	4,2

Passagem de sonda vesical para coleta de exame	6	6,5	3,9
Passagem de sonda vesical nasogástrica / nasoenteral	7	9,6	6,9
Avaliação de glicemia	8	1,7	1,7
1ª Consulta de enfermagem (domiciliar)	8	21,6	20,5
Passagem de sonda vesical de demora	8	8,2	7
Curativo de úlcera de pressão grau III	15	11,7	21,8
Curativo de úlcera de pressão grau IV	10	8,5	12,5
Curativo de úlcera de pressão grau II	18	10,2	7,1
Consulta subsequente de enfermagem (domiciliar)	26	12,3	14,9
Mensuração de oximetria	27	0,9	7,4
Orientação ao cuidador	28	6,6	9,5
Coleta de sangue para exame	35	6,2	13,5
Registro e ciência do cuidador na ficha de visita domiciliar	49	0,8	5
Mensuração / avaliação e registro de sinais vitais	59	3,1	12,3

n – Número de procedimentos realizados; DP – Desvio Padrão

De modo análogo, estão dispostos, na tabela 8, os dados correspondentes aos principais procedimentos sistematizados realizados pelo fisioterapeuta, nutricionista e médico, no mesmo local e período, com as especificidades de cada categoria profissional. O fisioterapeuta evidenciou maior número de procedimentos (42), seguido pelo nutricionista (38) e pelo médico (32). A atividade que demandou maior tempo para realização foi “primeira consulta médica domiciliar” (em torno de 54,3 minutos), seguida por “avaliação/adaptação de ambiente residencial” do fisioterapeuta (média de 35,5 minutos) e “primeira consulta domiciliar com nutricionista”, que durou 23,5 minutos em média.

**Tabela 8.** Número e duração média de procedimentos domiciliares (em minutos) realizados pelo fisioterapeuta, nutricionista e médico, Brasília, 2010

<b>Categoria profissional</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>n=109</b>	<b>M(minutos)</b>	<b>DP</b>
Fisioterapeuta	Avaliação / adaptação de ambiente residencial	3	35,5	7
	1ª Consulta com fisioterapeuta (domiciliar)	6	16,4	10,3

	Sessão de fisioterapia (respiratória, motora, neurológica e/ou traumatológica) / orientação ao cuidador e/ou paciente	16	21,2	40,5
	Consulta subsequente do fisioterapeuta (domiciliar)	17	10	27,3
	Orientação ao cuidador / paciente	9	3,6	10,5
Nutricionista	Consulta subsequente do nutricionista (domiciliar)	14	15,2	22,6
	1ª Consulta com nutricionista (domiciliar)	15	23,5	12,7
Médico	1ª Consulta médica (domiciliar)	3	54,3	10,6
	Orientação ao cuidador	7	3,9	2,7
	Consulta subsequente do médico (domiciliar)	22	17	18,4

n - Número de procedimentos realizados; M - Média; DP – Desvio Padrão

As variáveis da assistência direta (procedimentos dos profissionais) e as da assistência indireta (tempo de deslocamento e orientação ao cuidador, família e/ou paciente) estão elencadas na tabela 9.

Para a assistência direta a média do tempo gasto foi calculada pelo somatório de procedimentos de cada profissional multiplicado pela sua respectiva média de duração em minutos (Tabelas 7 e 8) e dividido por 60, para se obter o dado em horas. Observou-se que 74,6% do total de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional foram desenvolvidos pela equipe de enfermagem, correspondendo a 48,5% do total da média de tempo despendido em assistência domiciliar.

O tempo total gasto na assistência domiciliar que inclui a duração da visita (orientação geral + realização de procedimentos) e o deslocamento da equipe foram assim cronometrados: Tempo Total = 157,3 horas, das quais, 92 horas foram de duração da visita (58,5%) e 65,3 horas foi o tempo de deslocamento (41,5%). O tempo de orientação foi de 20,3 horas: portanto, o tempo real de procedimentos foi de 71,7 horas ( $92 - 20,3 = 71,7$ ), correspondendo a 13% e 45,5% do tempo total de assistência domiciliar, respectivamente.

**Tabela 9.** Variáveis da assistência direta e indireta, segundo número de procedimentos realizados, média em horas com os respectivos percentuais e tempo de deslocamento e de orientação geral, segundo tempo real em horas e percentual, Brasília, 2010

Assistência direta (procedimentos dos profissionais)	n(%)	M horas (%)
Médico	32(7,3)	9,4(15,5)
Nutricionista	38(8,6)	10(16,4)
Fisioterapeuta	42(9,5)	11,9(19,6)
Enfermagem	329(74,6)	29,5(48,5)
Total	441(100)	60,8(100)
Assistência indireta	Tempo real (horas)	%
Tempo de deslocamento da equipe (T deslocamento = T saída do serviço ao domicílio + T entre domicílios + T retorno ao serviço)	65,3	41,5
Tempo de duração da visita (T visita = T chegada domicílio - T saída domicílio)	92	58,5
Tempo de orientação geral (T orientação = T visita - T procedimentos)	20,3	13
Tempo total (T total = T visita + T deslocamento)	157,3	100

n(%) – Número/Percentual de procedimentos; M(%)– Média horas/Percentual do tempo despendido

( $\Sigma n \times M \text{ min}/60$ ); T-Tempo

As perdas ocorridas durante o período de pesquisa foram representadas por visitas perdidas (agendadas e não realizadas): 09; visitas não registradas: 05; procedimentos não registrados: 07; tempo registrado incompatível: 02, cujos percentuais estão abaixo de 1% em relação ao total.

## DISCUSSÃO

Verificou-se que a atenção domiciliar desenvolve diversos procedimentos/intervenções executados por equipe multiprofissional, visando prover a qualidade de assistência, que consiste em atender às especificidades desses pacientes que apresentam perfil diferenciado.

Considerando os procedimentos de enfermagem, constatou-se que a realização de curativos de úlceras por pressão de graus variados foi uma das atividades mais freqüentes e a que mais demandou tempo desses profissionais. Este fato coaduna-se com o perfil clínico dos pacientes que têm sido atendidos no Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, uma vez que a incidência de úlcera por pressão no acompanhamento domiciliar é frequente, acometendo pacientes com restrições dos movimentos e da sensibilidade, cujos principais fatores de risco são a pressão de contato, a força de cisalhamento, anemia, desnutrição e doenças crônicas <sup>(5-7)</sup>.

Ao se comparar o quantitativo de procedimentos realizados de enfermagem ao quantitativo de procedimentos da equipe multiprofissional, observa-se que os primeiros, bem como a média de duração total dos mesmos atingem um patamar bem superior em relação aos subseqüentes, donde se depreende o peso da equipe de enfermagem na rotina do Serviço de Atenção Domiciliar, caracterizando-a como *locus* privilegiado da enfermagem, no qual suas competências são desenvolvidas em sua plenitude, seja nas áreas assistencial, administrativa, educativa e principalmente na de pesquisa, pela preponderante produção científica em atenção domiciliar, bem como na de gestão de casos <sup>(8)</sup>.

Há de se pontuar, contudo, que diferentemente de outras categorias profissionais, os procedimentos de enfermagem estão bem específicos e parametrizados ou seja, são na maioria das vezes, perfeitamente distinguíveis e “cronometráveis”, o que não acontece, pelo menos quando a abordagem é clínica, na medicina, nutrição e fisioterapia, devido a escassez de estudos sobre mensuração de tempo de procedimentos .

Nos dados correspondentes aos procedimentos realizados por fisioterapeuta, nutricionista e médico no mesmo local e período, ficou evidenciado que o fisioterapeuta realizou maior número de procedimentos comparando-se ao nutricionista e ao médico. Ressalta-se que a fisioterapeuta despense tempo significativo para avaliação das condições do domicílio, o que revela cuidado com a segurança do paciente e, conseqüentemente, maior garantia do seguimento do cuidado ao mesmo.

A fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas doenças crônicas, sendo que os pacientes que mais demandam esta terapia estão restritos ao leito e se concentram na faixa etária acima dos 65 anos. O principal objetivo é a reabilitação motora para tratar as principais seqüelas do acidente vascular encefálico, bem como as da artrose e fratura de quadril. Esse perfil é encontrado nos pacientes do Programa do Distrito Federal e em pesquisa realizada em um Centro de Reabilitação Distrital norueguês, cuja reabilitação coordenada e multidisciplinar propiciou melhoras significativas e persistentes aos pacientes atendidos, dos quais 74% necessitaram de serviços de assistência domiciliar <sup>(9)</sup>.

O tempo despendido na primeira consulta de todos os profissionais de uma forma geral foi superior ao tempo gasto nas consultas de seguimento (Tabelas 7 e 8), provavelmente devido ao desconhecimento do quadro clínico do paciente, com necessidade de despende maior tempo em sua propedêutica e no contato com o cuidador e a família. Além disso, sugere-se que o tempo gasto nas consultas revela um cuidado, sobretudo voltado para a orientação do cuidador, que permanece o tempo todo com o paciente.

Nesse aspecto, a atividade que demandou maior tempo para realização foi a primeira consulta médica domiciliar, fato compartilhado pelo Programa de Internação Domiciliar cubano, que é desenvolvido por médicos de família, que gastam 22 minutos por visita, e contam com apoio de especialistas. A média de tempo gasto com pacientes é comparável com a de enfermeiras de família, pois as visitas domiciliares são organizadas, na maioria das vezes, conjuntamente, englobando as visitas para ações preventivas e curativas <sup>(10)</sup>.

Já o número de consultas subseqüentes da maioria dos profissionais da equipe foi bem superior ao número de primeiras consultas registradas (Tabelas 7 e 8), caracterizando a longitudinalidade do cuidado, que exprime o vínculo a partir de estreitas relações entre profissional e paciente, cuidador e família, pautadas na humanização das relações, confiança, co-participação e em ações que consideram a integralidade desse paciente, suas necessidades concretas e a resolução destas <sup>(11)</sup>.

Em relação ao tempo gasto na assistência indireta, o tempo de orientação geral realizado por todos os membros da equipe multiprofissional representou

aproximadamente a quarta parte do tempo gasto na visita domiciliar propriamente dita, o que traduz e reafirma, junto à longitudinalidade do cuidado, a implicação e a vinculação da equipe profissional ao paciente e à família, tornando-se o diferencial da atenção domiciliar, na utilização preponderante das tecnologias leves, caracterizadas pelo desenvolvimento de relações humanas. Esse contexto propicia uma fonte inesgotável para educação permanente e de novas formas de integrar os diferentes olhares para a transformação de práticas de saúde.

Esse fato coaduna-se ao encontrado em outros estudos, nos quais o tempo gasto por equipe de enfermagem em atividades em *nursing homes*, foi significativamente maior para a comunicação, dentre todas as atividades realizadas naqueles estabelecimentos, concluindo que atividades de comunicação/orientação tem tido lugar de destaque em serviços que atendem idosos pela influência positiva das relações de interação social com o bem estar desses pacientes <sup>(12,13)</sup>.

As atividades da assistência indireta, representadas pelo deslocamento da equipe e pela orientação geral ao paciente, cuidador e família, demandaram 41,5% e 13% do tempo, respectivamente. Ressalta-se que a infra-estrutura do serviço, especialmente relacionada ao transporte para deslocamento dos profissionais, necessita ser revisto. O tempo de deslocamento da equipe consumiu mais de 40% do período total de assistência domiciliar, o que impactou negativamente na produtividade do serviço. O tempo médio de duração de cada visita domiciliar foi de aproximadamente 55 minutos.

Há que se ponderar, todavia, que esses valores estejam subestimados para abranger o período total da atenção domiciliar requerido para atender um paciente no domicílio, pois não foram computados neste estudo: registro de outros procedimentos não padronizados no instrumento; as distâncias percorridas e o número de carros disponíveis (mormente de um a dois por Núcleo Regional de Atenção Domiciliar e em determinados períodos/dias da semana); a educação continuada e a realização de reuniões da equipe multidisciplinar que comprovadamente melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e otimizam o atendimento ao paciente, principalmente na melhoria da prescrição em



lares além de toda a logística que é desenvolvida no serviço para o planejamento administrativo e assistencial, tanto antes quanto depois da visita domiciliar <sup>(14)</sup>.

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados com o delineamento exploratório que não permite o estabelecimento de associação entre causa e efeito e às dificuldades operacionais encontradas na coleta de dados, que espelharam a estrutura logística dos serviços da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na qual muitas vezes não havia disponibilidade de carros e motoristas suficientes para prover de forma adequada o deslocamento das equipes para visita domiciliar. Também se reconhece que as atividades aqui elencadas são apenas as identificadas como principais e mais prevalentes no serviço, as quais podem variar de acordo com as demandas e características de cada local.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu conhecer os principais procedimentos/intervenções realizados por equipe multiprofissional em serviço de atenção domiciliar, cuja análise do tempo gasto poderá subsidiar o dimensionamento adequado de profissionais de saúde e a infra-estrutura necessária para atender às especificidades do serviço, e de um modo geral, o planejamento e organização do serviço.

## **Agradecimentos**

À Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – FEPECS/SES-DF, pelo financiamento de pesquisa aprovada sob o número 392/2008.

## **Colaborações**

Villas Bôas MLC e Shimizu HE declaram que contribuíram com a concepção e projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## **REFERÊNCIAS**

1. Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2011;11:207.

2. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data CMAJ. 2009;180(2):175-82.
3. Unwin, BK, Porvaznik M. Nursing home care: Part I. Principles and pitfalls of practice. Am Fam Physician. 2010;81(10):1219-27.
4. Golden AG, Ortiz J, Wan TT. Transitional care: looking for the right shoes to fit older adult patients. Care Manag J. 2013;14(2):78-83.
5. Ornstein K, Wajnberg A, Kaye-Kauderer H, Winkel G, DeCherrie L, Zhang M, Soriano T. Reduction in symptoms for homebound patients receiving home-based primary and palliative care. J Palliat Med. 2013 Sep;16(9):1048-54.
6. Unwin BK, Porvaznik M, Spoelhof GD. Nursing home care: Part II. clinical aspects. Am Fam Physician. 2010;81(10):1229-37.
7. Badiáa JG, Santos AB, Segura JC, Casellas MD, Lombardo FC, Tebar AH, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study. Gac Sanit. 2011; 25(4):308–13.
8. Morales-Asencio JM , Gonzalo-Jiménez E , Martín-Santos FJ , Morilla-Herrera JC , Celdráan-Mañas M , Millán Carrasco A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Serv Res. 2008; 8:193.
9. Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M. Effective Rehabilitation of older people in a district rehabilitation centre. J Rehabil Med. 2011; 43(5): 461–4.
10. De Vos P, Barroso I, Rodríguez A, Bonet M Van der Stuyft P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis. BMC Health Serv Res. 2007; 7:76
11. Baratieri T, Mandú EN, Marcon SS. [Nurses understanding about the bonding and longitudinality in family health care strategy]. Ciencia y Enfermería. 2012; 18(2):11-22. Portuguese.
12. Munyisia EN, Yu P, Hailey D. How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study. J Adv Nurs. 2011;67(9):1908-17.

13. Thorsell KB, Nordström BM, Fagerström L, Sivberg BV. Time in care for older people living in nursing homes. Nurs Res Pract. 2010; Article ID 148435, 10 pages.

14. Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. Age Ageing. 2011; 40(2):150-2.

### Anexo

Quadro 4 - Instrumento para dimensionamento de tempo necessário para realização de procedimentos em visita domiciliar PID-DF, Brasília, 2009

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Tempo 1</b>	<b>Tempo 2</b>	<b>Tempo 3</b>	<b>Média de tempo</b>	<b>Observação</b>
<b>Enfermagem</b>	1ª Consulta de enfermagem (domiciliar) <sup>1</sup>					
	Consulta subsequente de enfermagem (domiciliar)					
	Aplicação de medicação por via muscular / subcutânea <sup>2</sup>					
	Aplicação de medicação por via endovenosa <sup>2</sup>					
	Instalação de soroterapia <sup>3</sup>					
	Retirada de soroterapia <sup>3</sup>					
	Passagem de sonda vesical para coleta de exame <sup>3</sup>					
	Passagem de sonda vesical de demora <sup>3</sup>					
	Passagem de sonda nasogástrica / nasoenteral <sup>3</sup>					
	Coleta de sangue para exame <sup>3</sup>					
	Curativo de úlcera de pressão grau II <sup>3</sup>					
	Curativo de úlcera de pressão grau III <sup>3</sup>					
	Curativo de úlcera de pressão grau IV <sup>3</sup>					
	Curativo / desbridamento <sup>3</sup>					
	Curativos múltiplos					
Orientação ao cuidador						

	Orientação ao paciente					
	Avaliação de glicemia					
	Cuidados e orientações para pacientes com ostomias 4					
	Retirada de pontos de sutura 5					
	Mensuração de oximetria 5					
	Mensuração / avaliação e registro de sinais vitais 5					
	Registro e ciência do cuidador na ficha de visita domiciliar 6					

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Tempo 1</b>	<b>Tempo 2</b>	<b>Tempo 3</b>	<b>Média de tempo</b>	<b>Observação</b>
<b>Médico</b>	1a Consulta médica (domiciliar) 7					
	Consulta subsequente do médico (domiciliar)					
	Orientação ao cuidador					
	Orientação ao paciente					
<b>Nutricionista</b>	1a Consulta com nutricionista (domiciliar) 8					
	Consulta subsequente do nutricionista (domiciliar)					
	Orientação ao cuidador / paciente					
<b>Fisioterapeuta</b>	1a Consulta com fisioterapeuta (domiciliar) 9					
	Consulta subsequente do fisioterapeuta (domiciliar)					
	Sessão de fisioterapia (respiratória, motora, neurológica e/ou traumatológica) / orientação ao cuidador e/ou paciente. 10					
	Avaliação/adaptação de ambiente residencial					
<b>Tempo de deslocamento</b>	Tempo de deslocamento do veículo da Unidade de Saúde para a residência e retorno à Unidade.	<b>Tempo 1</b>  ND	<b>Tempo 2</b>  ND	<b>Tempo 3</b>  ND	<b>Média de</b>  <b>Tempo</b>  ND	<b>Observação</b>

		DD	DD	DD	DD	
		DN	DN	DN	DN	
Hora de chegada ao domicílio						
Hora de saída do domicílio						

ND - deslocamento do veículo do NRAD ao local da visita no domicílio.

DD: deslocamento entre domicílios

DN: deslocamento do domicílio ao NRAD

**Nome** do **observador**  
**Local** / **Data**  
**Assinatura**

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

- O objetivo deste instrumento é aferir o tempo despendido em cada procedimento realizado em domicílio e em deslocamento do profissional, por meio de cronômetro. Os procedimentos estão divididos por categoria profissional. Deve ser preenchido por observador treinado, isento de qualquer avaliação crítica do procedimento ou do profissional que está realizando a atividade. Cada aferição de tempo deve ser feita individualmente, ou seja, cronometrar um procedimento de cada vez, para não desviar a atenção.
- O mesmo procedimento realizado para um paciente poderá ser aferido em visitas domiciliares diferentes.
- Na tabela anexa há as colunas específicas por categoria profissional, por procedimento, por Tempos despendidos para a realização do procedimento e de deslocamento, Média de Tempo e Observações.
- No Tempo1, registrar o tempo necessário para o procedimento avaliado. Numa segunda visita domiciliar, será determinado o tempo despendido para aquele mesmo procedimento, e anotado no espaço Tempo 2 e assim sucessivamente.
- O tempo será marcado em **horas, minutos e segundos ex: 00h00min00seg.**
- Qualquer procedimento que não conste atualmente neste instrumento, poderá ser listado nos espaços em branco ou no item "Observações".
- O profissional que irá realizar o procedimento deverá sinalizar ao observador o momento de início e fim de cada atividade; por exemplo: "Aplicação de medicação por via subcutânea" – começar a contar tempo desde o momento de posicionamento do paciente para tal procedimento até o registro. O mesmo ocorre para as outras ações.
- A média de tempo equivale à soma dos Tempos 1, 2 e 3, dividido por 3 (exemplo).
- Tempo de deslocamento: significa o tempo de deslocamento do veículo do NRAD ao local da visita no domicílio (ND), entre domicílios (DD) e do domicílio ao NRAD (DN).
- A rotina da equipe **não deve** ser modificada durante a aplicação do instrumento.

#### ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:

1. De acordo com o Relatório de Avaliação de Enfermagem para Pacientes em Internação Domiciliar que consta no Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal.
2. Inclui preparo da medicação, aplicação e registro.
3. Inclui preparo do material e do paciente, procedimento técnico, organização do local e preenchimento de dados / registro. Para coleta de material para exame, **excluir** o tempo de deslocamento e entrega no laboratório. Nos casos de curativo de úlcera de pressão, considerar o tempo que demanda o curativo de somente **uma** úlcera. O profissional que irá fazer o curativo deverá informar ao observador o grau de complexidade da úlcera.
4. Inclui os cuidados e orientações exclusivamente relacionadas à ostomia.
5. Inclui preparo do paciente, procedimento técnico e organização do local.
6. Inclui preenchimento da ficha de visita domiciliar, leitura pelo cuidador e assinatura do cuidador.
7. Segundo o Relatório de Avaliação Médica para Pacientes em Internação Domiciliar do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal- 2007. Inclui avaliação e registro.
8. Segundo Plano de Avaliação Nutricional para Pacientes em Atendimento Domiciliar do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal - 2007. Inclui avaliação e registro.
9. De acordo com o Relatório de Avaliação Fisioterápica do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal – 2007. Inclui avaliação e registro.
10. Considerar procedimento fisioterápico (fisioterapia motora, neurológica, respiratória e/ou traumatológica), juntamente com a orientação que vai sendo fornecida ao cuidador e/ou paciente, durante a atividade desenvolvida.

### **4.3 ELABORAÇÃO, VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DE INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE PACIENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR**

#### **RESUMO**

##### **Objetivos**

O objetivo desta pesquisa é desenvolver um instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em Atenção Domiciliar e verificar sua validade e reprodutibilidade.

##### **Métodos**

Trata-se de estudo de validade e reprodutibilidade de instrumento de classificação assistencial de pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (PID-DF), elaborado por profissionais com ampla experiência em atenção domiciliar, por meio da realização de oficinas de trabalho no período de 2009 a 2011, o qual foi submetido à validade consensual e de conteúdo e a pré-teste antes de sua versão final. A população de referência da pesquisa foi constituída por 826 pacientes ativos do PID-DF, nos períodos de julho e agosto de 2012 e de junho a julho de 2013 e a amostra aleatória

por 252 pacientes. Foram selecionados dois examinadores para a aplicação do instrumento no campo. Para a estimativa da validade, foram consideradas as medidas de sensibilidade e especificidade; como teste, o instrumento elaborado em que pontos foram atribuídos e como padrão ouro, a classificação atribuída pela equipe especializada de profissionais de saúde em AD (AD1: 13 a 24 pontos; AD2: 25 a 30 pontos; AD3: 31 a 36 pontos). No estudo de reprodutibilidade do instrumento foi utilizada a estatística *Kappa*.

### **Resultados**

A sensibilidade e especificidade do instrumento foram analisadas considerando-se diferentes pontos de corte. O melhor equilíbrio considerado deu-se com o ponto de corte de número 21, o que define como modalidade AD1 o paciente que tenha recebido o escore até 21 e como modalidade AD2/AD3, o paciente que tenha recebido o escore a partir de 22. Para o melhor ponto de corte (21) com o padrão ouro obteve-se Sensibilidade de 75,56% com os limites do IC (95%) iguais a 68,31% e 82,80%) e Especificidade igual a 53,27% com os limites do IC (95%) iguais a 43,82% e 62,72%.

### **Conclusões**

Os resultados do presente estudo mostraram que o instrumento desenvolvido para classificação de complexidade assistencial de AD apresentou evidências de validade e reprodutibilidade e que também poderá medir a carga de trabalho de equipe multiprofissional em AD. Entretanto, faz-se necessário o monitoramento da aplicação e avaliação do novo instrumento na rotina dos serviços de AD para o aperfeiçoamento do mesmo.

**DESCRITORES:** Serviços de assistência domiciliar. Assistência Domiciliar. Estudos de validação. Reprodutibilidade dos testes.

### **INTRODUÇÃO**

A atenção domiciliar (AD) no sistema público de saúde brasileiro ainda é uma modalidade assistencial bastante recente, com grande potencial de implantação e expansão, tendo em vista que, após estudos em experiências de serviços de atenção domiciliar já existentes no país (1), o Ministério da Saúde lançou o

Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - em 2011, cujo dispositivo em vigor é a Portaria nº. 963 de 2013 (2), que reafirma a AD como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e de média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência e complementar à Atenção Básica.

Essa portaria ministerial define três modalidades de AD, de acordo com o perfil clínico do paciente, à frequência de visitas domiciliares e à definição da equipe de saúde responsável por esse atendimento:

AD1 – Atenção Domiciliar tipo 1 – destina-se a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês e de responsabilidade das equipes de atenção primária, dentre as quais a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

AD2 – Atenção Domiciliar tipo 2 – caracteriza-se por pacientes que demandam procedimentos de maior complexidade, tais como: curativos complexos, adaptação ao uso do dispositivo de traqueostomia, sondas e ostomias; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, necessidade de cuidados paliativos e de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido e em estabilidade clínica.

AD3 – Atenção Domiciliar tipo 3 – corresponde aos pacientes com perfil de AD2 e que façam uso de suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal e/ou paracentese.

Os pacientes AD2 e AD3 tem necessidade mínima de uma consulta semanal, constituindo-se no público alvo dos Serviços de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Nesse sentido, a AD no SUS apresenta-se como inovação que requer novas tecnologias de cuidados (3), pois propõe a se dar de forma humanizada e vinculante, com plano assistencial usuário-centrado, de natureza multidisciplinar, o que coloca o desafio da integralidade e continuidade do cuidado, tanto em relação ao paciente,



cuidador e família quanto à rede de atenção à saúde da qual faz parte e em um novo campo de práticas não institucionalizado: o domicílio.(4)

Paralelamente a esse contexto, as tendências epidemiológicas atuais que indicam um envelhecimento rápido da população brasileira (5), os crescentes custos operacionais relativos ao desenvolvimento tecnológico da medicina e a necessidade da mudança do modelo tecno-assistencial vigente, caracterizado pela baixa racionalidade e eficiência, entre outros fatores, indicam que a AD pode ser uma alternativa assistencial muito consistente, principalmente em relação à internação hospitalar; dessa forma, é fundamental que os critérios de elegibilidade estejam bem estabelecidos, o que pode definir os limites de atuação desta intervenção, com vistas a possibilitar a prestação de cuidados de qualidade e de forma oportuna.

Pensar na possibilidade de ampliar a cobertura a custos mais reduzidos e com melhor eficácia é bastante importante, no que diz respeito ao paciente, cuidador e família, bem como do gasto público e gestão de recursos (6).

A criação de um instrumento que possibilite aos serviços identificar, de uma forma objetiva e prática a complexidade do cuidado que cada caso requer, permitirá às equipes de saúde um melhor dimensionamento do uso da capacidade instalada e, portanto, mais clareza no que se refere à capacidade de absorção de internações e também melhores condições para julgar prioridades.

Na análise da literatura consultada sobre métodos para classificar pacientes em internação domiciliar utilizados em outros países e em experiências brasileiras (7-11), constatou-se a carência de *expertise* nessa temática, tendo em vista que dos instrumentos disponíveis (12), a maioria se destinava a serviços privados, sem evidências de validade e reprodutibilidade e não contemplando aspectos que são específicos da dinâmica e organização do serviço público.

Os objetivos do presente estudo foram propor instrumento de classificação do grau de complexidade do cuidado do paciente em AD e verificar sua validade e reprodutibilidade.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo de validade e reprodutibilidade de instrumento de classificação assistencial de pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (PID-DF).

### Elaboração do instrumento

O instrumento foi elaborado por profissionais com ampla experiência em atenção domiciliar, por meio da realização de oficinas de trabalho no período de 2009 a 2011, nas quais foram definidas inicialmente as principais atividades requeridas para essa modalidade assistencial, mediante consulta a dispositivos utilizados em outros países e em experiências brasileiras que pudessem ser readequados ou aproveitados para contemplar a dimensão humanizada e vinculante do serviço público, com plano assistencial usuário-centrado e de natureza multidisciplinar.

Para subsidiar esse instrumento foram estabelecidos perfis dos pacientes cadastrados no Programa que seriam considerados moderados e graves (AD2 e AD3, respectivamente), de acordo com parâmetros selecionados como fundamentais para classificação assistencial como: padrão cardiorrespiratório, estado nutricional, risco para hemorragia, presença de infecção, profissionais envolvidos, tipos de procedimentos realizados, número de visitas feitas e grau de eficiência do cuidador/família (Tabela 10).

Tabela 10 – Perfis dos pacientes moderados (AD2) e graves (AD3) do PID-DF, segundo parâmetros selecionados, Brasília, 2010

PERFIL	MODERADO (estável) AD2	GRAVE (potencialmente instável) AD3
<b>Padrão cardio-respiratório</b>	Oxigenoterapia domiciliar, podendo apresentar alteração do padrão cardio-respiratório.	Presença de dispnéia, taquicardia/bradicardia ou arritmia reversível durante os procedimentos domiciliares.
<b>Estado nutricional</b>	Desnutrição grau II. Obesidade e sobrepeso.	VO sem atingir pelo menos 50% das necessidades; Desnutrição grau III. Obesidade mórbida.
<b>Risco para hemorragia</b>	Pacientes com probabilidade de hemorragia digestiva e uso contínuo de anticoagulante.	Presença de ferida extensa com uso de anticoagulante; lesões oncológicas potencialmente sangrantes e usuários de Sonda naso-entérica (SNE)/ ou gástrica (SNG), com histórico de úlceras.
<b>Presença de infecção</b>	Presença de infecção com quadro clínico estável.	Presença de infecções agudas e recorrentes, com risco de repercussão hemodinâmica.
<b>Profissionais envolvidos</b>	Necessidade de no mínimo 03 profissionais.	Potencialmente toda a equipe multidisciplinar.

<b>Tipos de procedimentos realizados</b>	Procedimentos de rotina como: a) Limpeza e aspiração de traqueostomia b) Curativos grau II c) Orientações para SNE d) Administração eventual de medicamentos via EV, IM ou hipodermóclise.	Necessidade domiciliar de realização de procedimentos habitualmente realizados em ambiente hospitalar e que requerem determinados cuidados e riscos como: a) Troca de traqueostomia b) Curativos grau III e IV c) Passagem de SNE para dietas enterais d) Administração freqüente de medicamentos via endovenosa (EV), intra-muscular (IM) ou hipodermóclise. e) Controle de analgesia.
<b>Número de visitas</b>	Necessidade de média de 02 visitas por mês.	Necessidade contínua de no mínimo de 02 visitas por semana.
<b>Grau de eficiência do cuidador/família</b>	Presença de cuidador formal; família com bom nível cognitivo e /ou motivação em executar as orientações; bom vínculo afetivo paciente/família cuidador/equipe.	Família com grande rotatividade de cuidadores; baixo nível de entendimento e assimilação das orientações; vínculo afetivo ruim paciente/família.

AD2: Modalidade assistencial 2

AD3: Modalidade assistencial 3

Esses parâmetros embasaram a elaboração do instrumento, cuja matriz foi o “*Nursing Activities Score*” (NAS), escala validada que é utilizada para indicar a carga de trabalho necessária de enfermeiros para atendimento de qualidade em Unidades de Terapia Intensiva, que apesar da distinção com o Serviço de AD, apresentou aspectos comuns, como: suporte e cuidados aos familiares e pacientes; tarefas administrativas e gerenciais, atividades demandantes de tempo e atenção da equipe e que não necessariamente são realizadas apenas no domicílio.

Após a realização de validade consensual e de conteúdo que tiveram por objetivo conciliar a opinião de especialistas com a utilidade/praticidade de aplicação do instrumento na rotina dos serviços, foi concluída a primeira versão do instrumento, que foi submetida a pré-teste por meio da aplicação a 18 prontuários de pacientes cadastrados no PID-DF, selecionados aleatoriamente.

Com base nesses resultados, elaborou-se a versão final do instrumento apresentado como Anexo que foi padronizado para gerar escores das principais atividades específicas e comuns desenvolvidas pela equipe multiprofissional de

atenção domiciliar, aqui considerada composta por médico, pessoal de enfermagem, fisioterapeuta e nutricionista.

O instrumento de classificação de complexidade assistencial consta de 20 atividades, divididas em 2 blocos:

I. Atividades Domiciliares, com os seguintes itens:

1. Monitorização e Controle Clínico
2. Procedimentos Terapêuticos
3. Investigações Laboratoriais
4. Mobilização e Posicionamento
5. Reabilitação
6. Suporte e Cuidado aos familiares, cuidadores e pacientes

II. Atividades Administrativas e Gerenciais.

Para cada atividade há a definição operacional respectiva e a pontuação, cujo escore foi calculado em função da cronometragem do tempo despendido para os procedimentos realizados no domicílio, baseado em pesquisa anterior desta autora e do tempo estimado para as atividades administrativas e gerenciais. Foi considerada pontuação “1” para aqueles procedimentos de duração de 0 a 9 minutos; pontuação “2”: de 10 a 19 minutos, e assim por diante.

### **Coleta de dados**

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram os de admissão ao Programa: portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, seqüelados e com co-morbidades; em cuidados paliativos; com incapacidade funcional para atividades de vida diária, provisória ou permanente e em estabilidade clínica.

Já os critérios de exclusão consistiram em: pacientes com necessidade de ventilação mecânica invasiva, em monitorização contínua, com enfermagem intensiva e propedêutica complementar com demanda potencial de realização de procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; em tratamento cirúrgico em caráter de urgência e que não tivessem cuidador contínuo identificado.

Assim, a população de referência da pesquisa foi constituída por 826 pacientes ativos do PID–DF, Atenção Primária, Serviço de Atenção Domiciliar,

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, nos períodos de julho e agosto de 2012 e de junho a julho de 2013, que foram classificados empiricamente em AD1, AD2 e AD3, ou seja, sem usar escala, pela experiência e consenso de no mínimo três profissionais dos NRAD.

Para o cálculo estatístico do tamanho amostral realizou-se inicialmente a aplicação do instrumento de classificação a uma amostra piloto de 96 pacientes (2012), objetivando-se estimar a proporção (sensibilidade) dos mesmos que foram classificados empiricamente nos estratos AD1, AD2 ou AD3.

Considerando-se um nível de significância de 5 % e uma margem de erro de 5 %, estimou-se o tamanho da amostra aleatória final de 252 pacientes, que foram categorizados por modalidade assistencial empírica e por área de abrangência dos NRAD; a amostra piloto foi absorvida no número amostral final.

Para a logística de aplicação do instrumento de classificação assistencial no campo optou-se por selecionar e treinar dois examinadores por NRAD (examinador 1 e examinador 2) para que os mesmos aplicassem o instrumento nos pacientes selecionados em sua área de abrangência, durante seu período de trabalho, sem contudo, interferir na rotina do serviço.

Os critérios definidos para a seleção dos examinadores foram: ser profissional do NRAD, com perfil e disponibilidade de aplicar o instrumento nos domicílios dos pacientes selecionados em sua área de abrangência, por adesão ou indicação e aceite formal, por meio da assinatura de Termo de Adesão.

Durante o treinamento dos examinadores houve a discussão dos materiais que seriam utilizados no campo, como: Manual do examinador (Apêndice D); Termo de adesão (em 2 vias, com assinatura); Termo de Consentimento Livre Esclarecido (em 2 vias, com assinatura do paciente ou responsável) (Apêndice E); relação de pacientes selecionados por NRAD para agendamento de visita; registro da aplicação do instrumento aos pacientes selecionados por NRAD; relação de examinadores 1 e 2; instrumento de complexidade assistencial específico para examinadores com escala de mensuração numérica e sem os pontos de corte que classificam as modalidades assistenciais.

A seguinte padronização de condutas teve por objetivo a aplicação correta do instrumento para fins de validade estatística e de sua reprodutibilidade:

1. Cada examinador pontua apenas os itens do instrumento quando de seu preenchimento no domicílio do paciente selecionado e não classifica, inclusive porque não conhece os pontos de corte do instrumento (avaliação mono-cega).
2. Primeira aplicação do instrumento realizada pelos 2 examinadores de forma independente e em separado um do outro e de preferência na mesma visita; após o preenchimento, cada examinador coloca seu instrumento em um envelope sem comentar ou visualizar o que o outro fez.
3. Segunda aplicação realizada apenas pelo examinador 1, com intervalo ideal entre 04 a 07 dias da primeira aplicação para que a evolução do quadro clínico do paciente, a princípio, não se altere tanto a ponto de mudar sua classificação pelo preenchimento do instrumento.

Com vistas a eliminar variações externas aos testes bem como minimizar os vieses de amostragem, mensuração e publicação, foram incorporados no delineamento do estudo os princípios da aleatorização da amostragem e mascaramento na aplicação do instrumento.

A supervisão foi feita à distância, com o acordo do envio de *e-mails* semanais à pesquisadora, com a informação do quantitativo de visitas agendadas e realizadas e as não realizadas, por motivo de recusa; alta; óbito; internação hospitalar; mudança de endereço; paciente ou domicílio não encontrado após três tentativas de agendamento.

Nesses casos, havia a solicitação de substituição de paciente com o mesmo perfil do anterior, até se chegar à situação de “perda”, por não haver, no Banco de Dados existente, outro paciente com aquele perfil, naquela localidade.

Para o processamento dos dados do estudo foram utilizadas Planilhas em Excel, após a entrega dos instrumentos impressos, digitação e conferência dos mesmos.

### **Validade e Reprodutibilidade**

Para a estimativa da validade, foram consideradas as medidas de sensibilidade e especificidade; como teste, o instrumento elaborado em que pontos foram atribuídos e como padrão ouro, a classificação atribuída pela equipe

especializada de profissionais de saúde em AD (AD1: 13 a 24 pontos; AD2: 25 a 30 pontos; AD3: 31 a 36 pontos).

A sensibilidade foi definida como a percentagem de pacientes classificados como AD2/AD3 (público alvo da AD) pela pontuação do instrumento e pelo teste referência – padrão ouro (verdadeiro positivo). A especificidade foi definida como a percentagem de pacientes não classificados como AD2/AD3 pela pontuação do instrumento e pelo teste referência – padrão ouro (verdadeiro negativo).

Para cada pontuação do instrumento foram calculadas as medidas de Sensibilidade e Especificidade a fim de se construir a curva ROC (*Receiver Operation Characteristic*), com os respectivos intervalos de 95 % de confiança, para o encontro do ponto de corte ótimo.

A Curva ROC é um tipo de gráfico que estima o melhor equilíbrio entre Sensibilidade e Especificidade, com base em pontos de corte do instrumento avaliado. Tal equilíbrio é alcançado pela combinação de dois critérios: o primeiro, definido como a menor distância euclidiana entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste, com o ponto que fornece o preditor perfeito (100 % sensibilidade e 100 % especificidade); e o segundo, definido como a distância euclidiana máxima entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste com o ponto que fornece um preditor não informativo (reta de 45°).

A curva permite avaliar o poder discriminatório do teste. Para testes de bom poder discriminatório, à medida que a Sensibilidade aumenta, a Especificidade sofre uma pequena ou nenhuma perda, até que sejam alcançados altos níveis de sensibilidade. (9,10)

No estudo de reprodutibilidade do instrumento a estatística *Kappa* foi utilizada para medir a concordância dos resultados entre os examinadores e entre o mesmo examinador, referida às proporções obtidas na primeira e na segunda aplicação do instrumento. Optou-se pelo cálculo do *Kappa* ponderado, cujo sistema de pesos utilizado foi o do peso erro quadrático e para sua interpretação, a escala de concordância de *Landis e Koch*. (11)

Tabela 11 - Interpretação de *Kappa* de acordo com *Landis e Koch*, Brasília, 2014

<i>Kappa</i>	Concordância
$\leq 0,00$	Pobre
0,01  -- 0,19	Fraca
0,20  -- 0,39	Regular
0,40  -- 0,59	Moderada
0,60  -- 0,79	Substancial
0,80  -- 0,99	Quase Perfeita
1,00	Perfeita

Fonte: MOYSES, I.; NIETO, F. J. Epidemiology Beyond the Basis. 2000

As análises estatísticas foram realizadas no programa SAS 9.3, com nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Projeto nº 392/2008). Todos os examinados e/ou cuidadores e familiares assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Na primeira etapa do estudo (2012) o instrumento foi aplicado a 96 pacientes da amostra aleatória por modalidade assistencial e por área de abrangência de atendimento (NRAD) e na segunda etapa (2013) a 157 pacientes, totalizando 253 pacientes. Destes, houve perda de 10 pacientes para o estudo de validade (3%); 29 pacientes para avaliação de reprodutibilidade entre o mesmo examinador em dois momentos (11,4%) e de 13 pacientes para avaliação de reprodutibilidade entre examinadores diferentes para o mesmo momento (5%). Não foram considerados os instrumentos preenchidos de forma incompleta; as visitas realizadas sem a entrega dos instrumentos preenchidos e as aplicações a pacientes que só foram visitados por apenas um dos examinadores (impossibilidade de aferir a reprodutibilidade).

A validade do instrumento foi referenciada pela pontuação do examinador 1 na 1ª avaliação, na qual foi constatado que dos 123 pacientes classificados empiricamente como AD1, 36 (29%) obtiveram escore inferior a 13 pontos e dos 33 pacientes classificados empiricamente como AD3, três obtiveram escore superior a 36 (10%), ambos relativos ao padrão ouro estabelecido.



Para fins de utilização do instrumento voltado para a prática do serviço, optou-se por considerar apenas duas classificações: AD1 e AD2/AD3, tendo em vista que a demanda principal recai sobre esses dois perfis que delimitam a atuação específica das equipes de atenção primária e de atenção domiciliar, respectivamente.

As medidas de Sensibilidade e Especificidade calculadas para cada pontuação recebida do instrumento foram as seguintes (Tabela 12):

Tabela 12 - Equilíbrio entre Sensibilidade e Especificidade na indicação de AD2/AD3, Brasília, 2014

<b>Pontuação Recebida</b>	<b>Sensibilidade (%)</b>	<b>Especificidade (%)</b>
3	100,00	5,61
4	100,00	8,41
5	100,00	14,02
6	100,00	16,82
7	99,26	16,82
8	98,52	17,76
9	96,30	20,56
10	95,56	20,56
11	94,07	22,43
12	93,33	25,23
13	93,33	27,10
14	93,33	28,97
15	91,11	28,97
16	91,11	30,84
17	85,93	35,51
18	82,22	39,25
19	79,26	45,79
20	77,78	50,47

21	75,56	53,27
22	68,89	57,01
23	65,93	59,81
24	60,74	64,49
25	52,59	73,83
26	48,15	76,64
27	40,00	83,18
28	29,63	89,72
29	22,22	89,72
30	17,78	90,65
31	14,81	97,20
32	12,59	98,13
33	4,44	99,07
34	2,22	100,00
35	0,74	100,00
36	0,74	100,00
37	0,74	100,00
38	0,74	100,00
39	0,74	100,00

A partir dessas medidas construiu-se a curva ROC (Figura 6), com os seguintes pontos de corte (a área sob a curva foi igual a 0,69, com limites do IC (95%) entre 0,63 a 0,76):

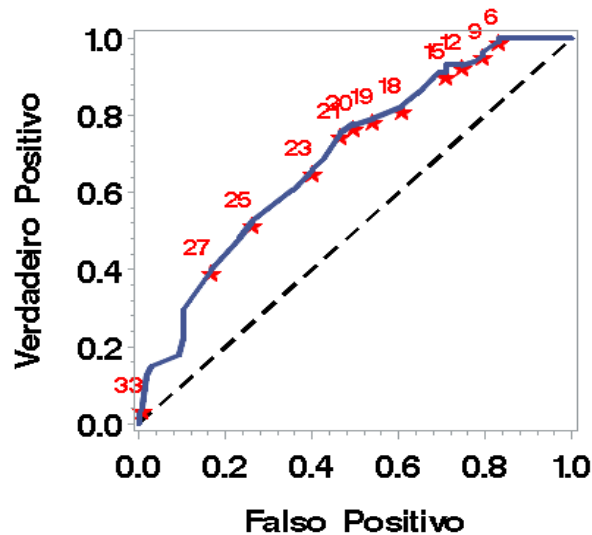


Figura 6 - Curva ROC com alguns pontos de corte marcados, Brasília, 2014

A sensibilidade e especificidade do instrumento foram analisadas considerando-se diferentes pontos de corte. O melhor equilíbrio entre essas duas classificações deu-se com o ponto de corte de número 23, o que define como modalidade AD1 o paciente que tenha recebido o escore até 23 e como modalidade AD2/AD3, o paciente que tenha recebido o escore a partir de 24 (Tabela 13).

Tabela 13 - Determinação do ponto de Corte Ótimo para o instrumento de classificação de complexidade assistencial, Brasília, 2014

Ponto de Corte	Falso Negativo	Verdadeiro Positivo	Distance from Perfect Marker	Distance from Non-Informative Marker
23	0.40187	0.65926	0.52688	0.25739
21	0.46729	0.75556	0.52736	0.28827
24	0.35514	0.60741	0.52939	0.25227

<b>Ponto de Corte</b>	<b>Falso Negativo</b>	<b>Verdadeiro Positivo</b>	<b>Distancefrom PerfectMarker</b>	<b>Distance from Non-Informative Marker</b>
22	0.42991	0.68889	0.53067	0.25898
25	0.26168	0.52593	0.54150	0.26424
20	0.49533	0.77778	0.54289	0.28245
26	0.23364	0.48148	0.56873	0.24784
19	0.54206	0.79259	0.58038	0.25054
27	0.16822	0.40000	0.62314	0.23178
18	0.60748	0.82222	0.63296	0.21475
17	0.64486	0.85926	0.66004	0.21440
16	0.69159	0.91111	0.69728	0.21952
28	0.10280	0.29630	0.71117	0.19349
14	0.71028	0.93333	0.71340	0.22305
15	0.71028	0.91111	0.71582	0.20083
13	0.72897	0.93333	0.73201	0.20436
12	0.74766	0.93333	0.75063	0.18567
11	0.77570	0.94074	0.77796	0.16504
29	0.10280	0.22222	0.78454	0.11942
9	0.79439	0.96296	0.79526	0.16857
10	0.79439	0.95556	0.79563	0.16116
8	0.82243	0.98519	0.82256	0.16276
30	0.09346	0.17778	0.82752	0.08432
6	0.83178	1.00000	0.83178	0.16822

Ponto de Corte	Falso Negativo	Verdadeiro Positivo	Distance from PerfectMarker	Distance from Non-Informative Marker
7	0.83178	0.99259	0.83181	0.16082
31	0.02804	0.14815	0.85231	0.12011
5	0.85981	1.00000	0.85981	0.14019
32	0.01869	0.12593	0.87427	0.10723
4	0.91589	1.00000	0.91589	0.08411
3	0.94393	1.00000	0.94393	0.05607
33	0.00935	0.04444	0.95560	0.03510
34	0.00000	0.02222	0.97778	0.02222
35	0.00000	0.00741	0.99259	0.00741
.	1.00000	1.00000	1.00000	0.00000
40	0.00000	0.00000	1.00000	0.00000

Para o melhor ponto de corte (23) com o padrão ouro obteve-se Sensibilidade de 65,93 % com os limites do IC (95%) iguais a 57,93 % e 73,92 %) e Especificidade (igual a 59,81 % com os limites do IC (95 %) iguais a 50,52 % e 69,10 %) (Tabela 14)

Tabela 14 - Melhor ponto de corte com o padrão ouro definido pela Curva ROC, Brasília, 2014

Modalidade assistencial	Padrão ouro	
	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)
AD2/AD3 (> 23)	65,93	34,07
AD1 (<=23)	40,19	59,81

No estudo de reprodutibilidade observou-se concordância quase perfeita para as pontuações efetuadas intra examinador, ou seja, as realizadas entre o mesmo examinador em dois momentos (*Kappa* ponderado igual a 0,81 com IC 95 % variando de 0,74 a 0,88) e concordância moderada para as pontuações inter examinadores, ou seja, as realizadas entre os examinadores 1 e 2, no mesmo momento (*Kappa* ponderado igual a 0,52 com IC 95 % variando de 0,43 a 0,61), constantes na Tabela 15.

Tabela 15 - Teste de KAPPA ponderado para avaliação da reprodutibilidade do instrumento, Brasília, 2014

Concordância	Índice KAPPA
Intra examinador	0,81
Inter examinadores	0,52

## DISCUSSÃO

Não foi encontrado na literatura nenhuma escala de classificação da complexidade assistencial em atenção domiciliar validada para o país. Portanto, o presente estudo é pioneiro na obtenção de evidências de validade e reprodutibilidade de um instrumento voltado a uma política pública do Brasil.

A elaboração do instrumento de classificação da complexidade assistencial em AD foi voltada para a capacidade de identificar a modalidade referida à equipe de saúde específica para esse cuidado, o que poderá auxiliar na organização do serviço, quer na admissão do paciente quer na migração de modalidade assistencial e no suporte para elaboração do plano terapêutico, sugerindo periodicidade de visitas dos profissionais das equipes de saúde, insumos, logística de transporte e agendamentos necessários; e também pela facilidade de aplicação e tempo gasto para seu preenchimento, podendo ser aplicado por todos os profissionais da equipe de AD, não havendo exigência de conhecimento especializado.

Pelo fato de este instrumento utilizar a mensuração do tempo de cuidado dispensado pela equipe de saúde aos usuários como escore, o mesmo também poderá ser utilizado como medida de carga de trabalho em Programas de AD.

Na pontuação do instrumento observou-se que 29% dos pacientes classificados como AD1 obtiveram escore abaixo de 13, que é a pontuação mínima definida pelo padrão ouro. Esse fato pode estar indicando pacientes que não tem complexidade assistencial para serem acompanhados no domicílio, não necessitando, portanto, serem incluídos nem na AD1, de responsabilidade das equipes de atenção primária; nesse perfil, provavelmente devem estar inseridos boa parte dos pacientes que fazem uso de oxigenoterapia domiciliar, que utilizam o equipamento somente à noite ou por algumas horas durante o dia.

Também ocorreram pontuações que excederam o limite máximo da classificação AD3 (10%), sugerindo uma complexidade assistencial superior à média, representada por pacientes com seqüelas e co-morbidades mais graves, que requeiram cuidados mais freqüentes e prolongados, mormente a presença de múltiplas úlceras de decúbito de graus variados, cuidados paliativos oncológicos e dificuldades com o cuidador/família, entre outros.

Com relação ao estudo de validade, a identificação do melhor ponto de corte do instrumento – 23 – levou em consideração a maximização da sensibilidade para o AD2/AD3, visto ser o público alvo da AD, com teste que a princípio não envolveu custos e não foi arriscado. Um ponto de corte de alta sensibilidade é importante, pois estaremos priorizando os “verdadeiros positivos”, ou seja, os AD2/AD3 que foram classificados corretamente. Assim como o equilíbrio com alta especificidade para o AD1, os “verdadeiros negativos”, que não são o público alvo do PID.

O segundo melhor ponto de corte identificado foi o 21, cuja Sensibilidade ficou em 75,56% com os limites do IC (95%) iguais a 68,31% e 82,80% e Especificidade em 53,27% com os limites do IC (95 %) iguais a 43,82% e 62,72%, o que pode ser considerado um resultado mais consistente que o do primeiro melhor ponto de corte – 23 -, cuja Sensibilidade ficou em 65,93% e Especificidade em 59,81%. Essa avaliação levou em consideração tanto a importância relativa da sensibilidade e especificidade do teste diagnóstico, ponderando que é mais apropriado para o serviço admitir o AD2/AD3 e excluir o AD1, pois isso implicaria em absorver os pacientes mais graves, que realmente precisariam ser tratados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar, do que aqueles que não teriam essa complexidade assistencial e que poderiam ser absorvidos pelas equipes de atenção

primária, mesmo que nesse ponto de corte (21) a Especificidade tenha reduzido em 6,54%

Definiu-se, portanto, o ponto de corte 21 para a distinção entre os pacientes AD1 que tenham alcançado essa pontuação e para os pacientes AD2/AD3, os que tenham alcançado pontuação a partir de 22.

Assume-se as implicações dos possíveis erros do teste de validade relativos aos resultados “falsos positivos” (os que o instrumento classifica como AD2/AD3 mas são AD1), que no ponto de corte 21 ficou em 24,44%, ou seja, menor que no ponto de corte 23 (34,07%) e “falsos negativos” (os que são AD2/AD3 e o instrumento os classifica como AD1), ficando em 46,73% para o ponto de corte 21 e em 40,19% para o ponto de corte 23.

Ambos possíveis erros foram numericamente inferiores à Sensibilidade e Especificidade, o que é considerado um dos indicativos do poder discriminatório do teste diagnóstico.

A principal limitação à utilização dessas estimativas para a avaliação da validade através da sensibilidade e da especificidade é a existência de um “padrão ouro”, ao qual se compara os resultados do teste, podendo ser o verdadeiro estado do paciente, se a informação estiver disponível, um conjunto de exames julgados mais adequados, ou outra forma de diagnóstico que sirva de referência, como a utilizada nesta pesquisa. O teste diagnóstico ideal deveria fornecer, sempre, a resposta correta, ou seja, um resultado positivo nos indivíduos com a doença/classificação e um resultado negativo nos indivíduos sem a doença/classificação ou modalidade.

Há também de se considerar que apesar de o instrumento de classificação não requerer nenhum conhecimento especializado, possuir 20 itens para pontuação, o que a princípio seria compatível para sua aplicação na rotina do serviço, é necessária certa familiarização com o mesmo e breve análise para discernir a pontuação adequada, pré-requisito que poderia ter influenciado os escores, pelo fato de os profissionais estarem aplicando o instrumento pela primeira vez.

A análise de reprodutibilidade mostrou resultados satisfatórios para a concordância intra examinador (coeficiente *Kappa* de 0,81), o que é uma tendência geral observada, já que se trata da comparação entre as pontuações do mesmo



examinador, realizadas em duas visitas domiciliares no intervalo de 04 a 07 dias ao mesmo paciente. Para a concordância inter examinadores estimou-se o coeficiente *kappa* de 0,52 (moderada), o que pode sugerir diferentes interpretações entre os examinadores na avaliação dos itens do instrumento, necessitando um melhor treinamento ou mesmo esclarecimento de dúvidas.

O coeficiente *Kappa* é um teste muito utilizado na reprodutibilidade, constituindo um avanço em relação à taxa geral de concordância, por ser um indicador de concordância ajustada, pois leva em consideração a concordância devida à chance. Usou-se o *Kappa* Ponderado para contornar algumas limitações do *Kappa* Simples. Em consequência da nova metodologia, uma nova limitação caracteriza o *Kappa* Ponderado: a dependência com relação à ponderação.

Os resultados do presente estudo mostraram que o instrumento desenvolvido para classificação de complexidade assistencial de AD apresentou evidências de validade e reprodutibilidade. Entretanto, faz-se necessário o monitoramento da aplicação e avaliação do novo instrumento na rotina dos serviços de AD para o aperfeiçoamento do mesmo.

## **CONCLUSÕES**

O instrumento de classificação de complexidade assistencial de AD mostrou-se ferramenta útil e apropriada à rotina diária das equipes multiprofissionais de AD, uma vez que orienta a uma classificação rápida, sucinta e simplificada da modalidade assistencial do paciente em AD, possibilitando uma melhoria na organização do serviço e na qualidade do cuidado. Pelo fato de este instrumento utilizar a mensuração do tempo de cuidado dispensado pela equipe de saúde aos usuários como escore, o mesmo também poderá ser utilizado como medida de carga de trabalho em Programas de AD.

Considera-se, entretanto, que o monitoramento e a avaliação do instrumento são indispensáveis para seu aperfeiçoamento na prática dos serviços de AD.

## **REFERÊNCIAS**

1. 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*. 2008; 24(3):180–8
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54869258/dou-secao-1-28-05-2013-pg-30>
3. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, org. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p.121–42.
4. Silva KL, Sena RR, Seixas CT et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública* 2010 fev; 44(1):166-76.
5. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013 [<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>]
6. Banco Mundial. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Brasília: Banco Mundial; 2007.
7. Saba V. Home Health Care Classification (HHCC), of nursing diagnoses and interventions [online]. Tradução de Heimar F. Marin. São Paulo; 1991. [acesso em 2010 jun 5]. Disponível em: <http://sabacare.com/portuguesetrans.html>
8. Cullen DJ, Nemeskal AR, Zalavsky, AM. Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervencion Scoring System for non ICU-patients. *Crit Care Med*. 1994; 22(9):1406-11.
9. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
10. Carmona LMP, Évora YDM. [Classification system of patients: application of a validated tool]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2002 [cited 2012 Feb 21];

- 36(1):42-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a06.pdf>. Portuguese.
11. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. [Proposal for a model for calculating the size of nursing staff in home care]. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2007 [cited 2010 Feb 21]; 41(1):97-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>
12. Dal Ben LW. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. [acesso em 2010 nov 10]. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-30102006-103154/publico/Luiza\\_Dal\\_Ben.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-30102006-103154/publico/Luiza_Dal_Ben.pdf)
13. Fletcher RM, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology, the essentials. Baltimore - USA, Ed. Wawerly, 1983.
14. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.
15. Moyses I, Nietto FJ. Epidemiology beyond the basis. 2000. 377p.

#### **4.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS NÚCLEOS REGIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL**

##### **RESUMO**

**Introdução.** O processo de avaliação e monitoramento de serviços de saúde reverte para a qualidade da atenção, principalmente quando o usuário participa dessa avaliação, enquanto sujeito portador de opiniões e expectativas, reconhecidas como legítimas ao se considerar os aspectos não-médicos no cuidado; esta concepção embasa o conceito de responsividade, metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde para avaliar o desempenho de sistemas nacionais de saúde e utilizada no presente estudo.

**Objetivo.** Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar da SES-DF.

**Métodos.** Estudo de caráter descritivo exploratório, realizado nos domicílios dos pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (PID-DF), em Brasília/DF, nos meses de junho e julho de 2013, pela aplicação de questionário semi-estruturado aos usuários e

cuidadores, contemplando o perfil sócio-demográfico dos mesmos e a análise de quatro dimensões do cuidado: caracterização do atendimento dos profissionais; agilidade; informação e comunicação; e apoio social e ao cuidador. A análise dos dados foi realizada por elementos de estatística descritiva.

**Resultados.** Foram aplicados 133 questionários, cujas respostas indicaram satisfação nos seguintes aspectos: indicação do serviço para alguém (99,22%), muita confiança nos profissionais (93,6%), preparo dos cuidadores na realização de suas atribuições no domicílio (93,33%) e informações de acesso a medicamentos (90%). Aspectos com menor satisfação foram: tempo de espera para receber primeira visita (59,22%), cumprimento de agendamento de visita (67,33%) e disponibilidade de atendimento não programado (70%).

**Conclusão:** Foi verificado alto grau de satisfação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal entre seus pacientes e cuidadores, o que consolida a atenção domiciliar como modalidade substitutiva à intervenção hospitalar e a necessidade de aperfeiçoamento desse serviço, que carece de melhor estrutura logística e de profissionais para ofertar cuidado de qualidade a um número crescente de usuários.

**DESCRITORES:** Assistência Domiciliar, Satisfação do Usuário, Humanização da Assistência, Qualidade da assistência à saúde, Avaliação, Cuidadores

## **INTRODUÇÃO**

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde constitui-se estratégia indispensável para a sobrevivência dos mesmos, na medida em que possibilita a reflexão de pontos para serem revisados, a tomada de decisões, buscando maior eficiência e efetividade.

Quando esta avaliação privilegia a percepção do usuário do serviço, reverte-se a noção de que este tem papel passivo, apenas de receptor de um processo que está fora do seu controle, o que mostra tanto a democratização e a participação popular instituída nos serviços de saúde desde a Reforma Sanitária (1), quanto a importância de sua contribuição enquanto sujeito portador de opiniões e expectativas como elementos legítimos no processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, juntamente com os profissionais de saúde. (2)

Estudos e ferramentas que se propõem a monitorar a qualidade do serviço expressa por índices medidos de satisfação do usuário têm sido utilizados desde a década de 1970 na América do Norte e Europa (1), sendo uma das mais conhecidas a desenvolvida por Parasuraman (3) que avalia cinco dimensões do atendimento: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade.

No Brasil (1), estes estudos estão em difusão a partir do conceito de satisfação vinculado à qualidade dos serviços proposto por Donabedian (4), que considera pelo menos três pontos de vista na definição da qualidade das organizações de saúde: o do médico, o do paciente e o da comunidade, por intermédio de alguma instituição que a represente. Ainda que a percepção do usuário não seja suficiente para sustentar, isoladamente uma definição mais refinada de qualidade, tampouco pode ser ignorada.

A percepção, por si mesma, também não é suficiente para explicar a satisfação, e as expectativas desempenham um papel primordial. Segundo MIRA (5), a satisfação é consequência não só do esforço profissional e organizativo, mas também é resultado das vivências, atitudes e crenças pessoais do paciente, tudo que conforma suas expectativas.

No ano de 2000 a OMS propôs o conceito de responsividade (*responsiveness*)(6), que é um indicador de qualidade introduzido no campo da avaliação em saúde como alternativa ao conceito subjetivo de satisfação: refere-se ao quanto o sistema de saúde reconhece as expectativas legítimas da população em relação aos aspectos não-médicos do cuidado. (7) Esses aspectos foram definidos com base na concepção de que, além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar uma comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico. (6)

São sete os sub-componentes definidos pela OMS (6), agrupados em dois componentes: o *respeito pelas pessoas*, que abrange a dimensão ética envolvida na interação das pessoas com o sistema de saúde: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação; e a *orientação para o cliente*, que inclui os componentes

que influenciam na satisfação do paciente e que não estão diretamente ligados ao cuidado à saúde: agilidade, apoio social, instalações e escolha. (8,9)

Essa metodologia proposta pela OMS (6) para avaliar sistemas de saúde foi adaptada pela Escola Nacional de Saúde Pública (10,11) por meio da elaboração de questionário para aplicação em serviços de saúde. Para o contexto da atenção domiciliar, houve necessidade de novas adequações, considerando tanto as especificidades do serviço quanto às de usuários tão distintos, que convivem diuturnamente com situação vulnerável de dependência no domicílio e com o protagonismo de novos agentes, representados por seus cuidadores e o suporte familiar.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar da SES-DF.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado nos domicílios dos pacientes atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (PID-DF), em Brasília/DF, no período de junho e julho de 2013.

### **Elaboração do questionário**

O questionário foi elaborado com base em referencial teórico (7, 9, 10, 11) com adequação ao contexto do Serviço de Atenção Domiciliar, buscando uma aproximação inicial dessa modalidade de monitoramento e avaliação de serviços, obedecendo às seguintes etapas:

#### **1. Definição de dimensões**

Na seleção das dimensões para compor o questionário, a “frequência de utilização”, “instalações” e “escolha” não foram contempladas, uma vez que a frequência de utilização é determinada pelo agendamento de visitas domiciliares de acordo com a necessidade do paciente; o atendimento é feito no domicílio e a possibilidade de o paciente tem de escolher por quem quer ser atendido é restrita no SUS, tendo em vista a logística de deslocamento da equipe que atende aos pacientes dentro de sua área de abrangência.

Reportando-se aos dois componentes de avaliação da responsividade – *respeito pelas pessoas e orientação para o cliente*, foram propostas as seguintes dimensões: dimensão 1: caracterização do atendimento dos profissionais; dimensão 2: agilidade; dimensão 3: informação e a comunicação; e dimensão 4: apoio social e ao cuidador, este último como inclusão, conforme a Tabela a seguir:

Tabela 16 – Dimensões do PID-DF avaliadas na pesquisa, Brasília, 2013

<b>Dimensões</b>	<b>Itens avaliados</b>
<b>1. Caracterização do Atendimento dos Profissionais</b>	Origem do encaminhamento
	Demora do atendimento
	Atendimento pela primeira vez
	Frequência com que é atendido com respeito por profissional
	Frequência média de visitas domiciliares
	Suficiência do número de visitas domiciliares
	Frequência de atenção do atendimento médico e de enfermagem
	Problemas por preconceito
	Confiança nos profissionais
	Vergonha em expor problemas para o médico e para a enfermeira
<b>2. Agilidade</b>	Demora de receber a primeira visita após admissão
	Cumprimento do agendamento de visita
	Frequência de atraso da visita
	Cancelamento de visita
	Justificativa por atraso/cancelamento da visita
	Realização de exames complementares
	Necessidade de atendimento não programado
	Disponibilidade de atendimento não programado

<b>3. Informação e comunicação</b>	Acesso a informações Efetivação de reclamação Informações para acesso a medicamentos Conhecimento da existência do Conselho Regional de Saúde Conhecimento da existência da Ouvidoria
<b>4. Apoio social e ao cuidador</b>	Utilização de materiais médico-hospitalares sob empréstimo Participação de Encontro de Cuidadores Preparo para realizar cuidados no domicílio Utilização de tratamentos alternativos

## 2. Instrumento de coleta de dados

O questionário elaborado foi dividido em Blocos: A e B, composto por 75 questões fechadas e uma questão aberta (Apêndice F), na qual o usuário poderia relacionar em tópicos o que consideraria mais importante para a sua satisfação com o atendimento domiciliar (Tabela 17).

Tabela 17 - Itens Avaliados por Blocos do instrumento de Coleta de Dados, Brasília, 2013

<b>BLOCO A</b>	<b>OBJETIVOS</b>
- 1. Seleção e caracterização do paciente e cuidador	Identificação e dados sócio-econômicos do paciente e do cuidador
- 2. Avaliação do atendimento dos profissionais	Dignidade, respeito; confiança; interesse, autonomia.
- 3. Avaliação da agilidade da visita domiciliar	Disposição de atender os clientes/usuários, fornecendo-lhes um serviço com pontualidade
- 4. Informação e comunicação	Facilidade para conseguir informações Contato com a Ouvidoria Reclamações e respostas aos usuários
5. Apoio social e ao cuidador	Oferecimento de apoio material, emocional ou



	informativo com certa regularidade.
<b>BLOCO B</b>	
- 1. Avaliação da expectativa e da satisfação	Expectativa em relação ao Serviço Satisfação com dimensões do atendimento;
2. Opiniões	Sugestões para melhorar o atendimento

### 3. Definição de escalas de acordo com as perguntas

A definição de escalas para as perguntas fechadas (7) variou de acordo com o tipo de resposta, sendo utilizada a Escala de Lickert, por meio de quatro atributos, envolvendo concordância plena e discordância plena, frente a uma afirmação e também opções de múltipla escolha; para as perguntas abertas (opiniões), estas foram categorizadas de acordo com as similaridades de relato.

### 4. Pré-teste e treinamento para aplicação do instrumento

O pré-teste do instrumento de coleta de dados foi realizado com os membros das equipes de AD para ajustes, a fim de avaliar a pertinência das questões, a facilidade na leitura e a compreensão das mesmas pelo usuário: paciente ou cuidador, tendo havido treinamento para aplicação do instrumento a partir de Roteiro do questionário.

### **Coleta de dados**

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram os de admissão ao Programa: portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, seqüelados e com co-morbidades; em cuidados paliativos; com incapacidade funcional para atividades de vida diária, provisória ou permanente e em estabilidade clínica.

Já os critérios de exclusão consistiram em: pacientes com necessidade de ventilação mecânica invasiva, em monitorização contínua, com enfermagem intensiva e propedêutica complementar com demanda potencial de realização de procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; em tratamento cirúrgico em caráter de urgência e que não tivessem cuidador contínuo identificado.

A técnica de coleta de dados envolveu aplicação de questionário no domicílio de pacientes pertencentes à mesma amostra aleatória por modalidade assistencial e por área de abrangência de atendimento (NRAD) da segunda etapa do estudo de validação e reprodutibilidade de instrumento de classificação assistencial ocorrida nos meses de junho e julho de 2013. Esses usuários foram contatados previamente e aceitaram participar da pesquisa, tendo sido informados do sigilo e anonimato das informações. Todos os pacientes e/ou cuidadores e familiares assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (Apêndice E)

Os dados foram armazenados em planilhas do tipo Excel® e a análise foi realizada por elementos de estatística descritiva, sendo utilizado o software estatístico SPSS versão 17.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Projeto nº 392/2008).

## **RESULTADOS**

O questionário foi aplicado a 157 pacientes ou seus cuidadores, no caso de aqueles estarem impossibilitados de responder ao instrumento de coleta de dados. Destes, houve perda de aplicação de 24 questionários, devido às dificuldades operacionais de agendamento de visita domiciliar, disponibilidade de transporte, rotina intensa do serviço, entre outras, tendo sido concluída a aplicação de 133 questionários. Para análise dos mesmos foram selecionados os resultados que foram considerados relevantes para a avaliação do serviço; não fizeram parte da apresentação dos resultados a informação dos que “não sabiam/não responderam” às questões perguntadas, porém foram contabilizadas no total e no percentual dos dados.

Na Tabela 18 podem ser observadas algumas semelhanças e diferenças sócio-demográficas entre o paciente e seu cuidador; entre as semelhanças estão: o sexo: predominância de mulheres (51,15% para paciente e 81,9% para cuidador); escolaridade: prevalência de ensino fundamental incompleto (43,59% para o paciente, e 34,55% para o cuidador), apesar de para o paciente o segundo maior percentual foi o analfabetismo – 24,79, e para o cuidador foi o ensino médio incompleto – 30,91; cor ou raça: maior parte de brancos (59,2% para paciente e

58,41% para cuidador); religião: maioria de católicos (65,85% para paciente e 64,04% para cuidador); e renda familiar, com maior número de pacientes e cuidadores percebendo dois salários mínimos (38,81% e 40%, respectivamente).

Já as diferenças podem ser constatadas quanto a: idade: predominância da faixa etária de 70 a 79 anos para o paciente (42,31%) e de 30 a 49 anos para o cuidador (47,01%); estado civil, percentual de 33,06 de solteiros para pacientes e de 44,83 de casados para cuidadores; e situação ocupacional, com predomínio de aposentados para os pacientes (61,4%) e de donas de casa para cuidadores (41,23%).

Tabela 18 - Dados sócio-demográficos de pacientes e cuidadores do PID – DF, Brasília, 2013

Variável	Paciente		Cuidador	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	68	51,13	95	81,90
Masculino	64	48,12	20	17,24
<b>Idade</b>				
10 a 19 anos	9	6,92	2	1,71
20 a 29 anos	7	5,38	12	10,26
30 a 39 anos	11	8,46	26	22,22
40 a 49 anos	10	7,69	29	24,79
50 a 59 anos	8	6,15	20	17,09
60 a 69 anos	19	14,62	20	17,09
70 a 79 anos	55	42,31	7	5,98
Outra	11	8,46	1	0,85
<b>Escolaridade</b>				
Alfabetização de adultos	3	2,56	1	0,91
Graduação completa	2	1,71	12	10,91
Graduação incompleta	3	2,56	3	2,73
Analfabeto	29	24,79	2	1,82
Pós graduação	1	0,85	3	2,73
Ensino fundamental incompleto	51	43,59	38	34,55
Ensino fundamental completo	15	12,82	17	15,45
Ensino médio incompleto	13	11,11	34	30,91
<b>Cor ou raça</b>				
Amarelo	1	0,80	1	0,88
Branco	74	59,20	66	58,41
Negro	8	6,40	5	4,42

Pardo	42	33.60	40	35.40
Estado civil				
Amigo / companheiro	5	4.03	14	12.07
Casado	37	29.84	52	44.83
Divorciado	4	3.23	8	6.90
Separado	2	1.61	4	3.45
Solteiro	41	33.06	33	28.45
Viúvo	35	28.23	5	4.31
Religião				
Católica	81	65.85	73	64.04
Espírita	3	2.44	5	4.39
Evangélica / Protestante	33	26.83	32	28.07
Outra	2	1.63	2	1.75
Sem religião	3	2.44	2	1.75
Umbanda	1	0.81		
Situação Ocupacional				
Aposentado	70	61.40	16	14.04
Autônomo/empregador	2	1,76	28	24,56
Desempregado	12	10.53	11	9.65
Dona de casa	8	7.02	47	41.23
Estudante	2	1.75	2	1.75
Funcionário Público	4	3.51	7	6.14
Pensionista	15	13.16	1	0.88
Profissional liberal	1	0.88	2	1.75
Renda familiar				
2 SM	26	38.81	10	40.00
3 SM	8	11.94	4	16.00
4 SM ou mais	19	28.36	5	20.00
Ate 1 SM	12	17.91	3	12.00
Sem rendimento	2	2.99	3	12.00

SM – Salário Mínimo

Ainda como caracterização do cuidador, observou-se que quanto ao grau de parentesco com o paciente que cuida, 30,17% eram filhos; 21,55% outros; 18,97% mães; 18,10% cônjuges; 8,62% irmãos e 2,59% pais (plural de pai).

Passando para as dimensões de avaliação do serviço pelo usuário/cuidador, tem-se, na Tabela 19, referente à caracterização do atendimento dos profissionais, que: 80% da origem dos encaminhamentos para a AD foi de Hospitais Regionais da SES-DF; 57,98% das visitas domiciliares tiveram a frequência média a depender da necessidade do quadro clínico e a periodicidade semanal; e 93,6% informaram ter muita confiança nos profissionais que os atendem.

Tabela 19 - Caracterização do atendimento dos profissionais, Brasília, 2013

Caracterização do atendimento dos profissionais	N	%
Origem do encaminhamento		
Atenção Básica	7	5.60
Hospital privado	3	2.40
Hospital Regional da SES-DF	100	80.00
Outro	13	10.40
Urgência	2	1.60
Frequência média de visitas domiciliares		
Depende da necessidade	35	29.41
Diária	4	3.36
Mensal	18	15.13
Outra	12	10.08
Quinzenal	16	13.45
Semanal	34	28.57
Confiança nos profissionais		
Alguma confiança	7	5.60
Muita confiança	117	93.60
Pouca confiança	1	0.80

Quanto à agilidade do serviço (Tabela 20) foi observado que houve: cumprimento da agenda de visita domiciliar em 67,33%; realização de exames complementares em 88,51% e disponibilidade de atendimento não programado em 70% do solicitado.

Tabela 20 - Agilidade do serviço, Brasília, 2013

Agilidade do serviço	N	%
Cumprimento do agendamento de visita		
Nunca	3	2.97
Quase sempre	28	27.72
Raramente	2	1.98
Sempre	68	67.33
Realização de exames complementares		
Nunca	4	4.60
Quase sempre	5	5.75
Raramente	1	1.15
Sempre	77	88.51
Disponibilidade de atendimento não programado		
Nunca	3	3.33
Quase sempre	23	25.56

Raramente	1	1.11
Sempre	63	70.00

Para a dimensão de Informação e comunicação na Tabela 21 constatou-se que: 90% dos cuidadores tiveram informação quanto ao acesso a medicamentos; 77% e 48,36% desconheciam a existência de Conselho de Saúde e de Ouvidoria na Saúde na região administrativa onde moravam, respectivamente.

Tabela 21 - Informação e comunicação, Brasília, 2013

Informação e comunicação	N	%
Informações para acesso a medicamentos		
Nunca	3	3.33
Quase sempre	5	5.56
Raramente	1	1.11
Sempre	81	90.00
Conhecimento da existência do conselho regional de saúde		
Não	95	77.24
Sim	28	22.76
Conhecimento da existência da ouvidoria em saúde		
Conhece	57	46.72
Não conhece	59	48.36
Não sabe o que é	6	4.92

Levando-se em consideração a dimensão “Apoio social e ao cuidador” (Tabela 22) verificou-se que: 77,10% referiram ter utilizado materiais médicos hospitalares sob empréstimo; 56,49% não participaram de encontro de cuidadores e 93,33% sentiram-se preparados para realizar cuidados no domicílio.

Tabela 22 - Apoio social e ao cuidador, Brasília, 2013

Apoio Social e ao cuidador	N	%
Utilização de materiais médico-hospitalares sob empréstimo		
Não	26	19.85
Nunca precisou	4	3.05
Sim	101	77.10
Participação de encontro de cuidadores		
Não	74	56.49
Sim	57	43.51

Preparo para realizar cuidados no domicílio		
Não	4	3.33
Pouco preparado	4	3.33
Sim	112	93.33

Na avaliação da expectativa e satisfação constantes na Tabela 23 pode ser notado que 53,85% dos cuidadores tiveram uma expectativa ótima (nota 10) para a qualidade do serviço; relacionaram a capacidade e conhecimento (37,9%) e simpatia e vontade de ajudar (25,81%) como as duas características mais importantes para a satisfação com a qualidade do serviço, manifestando-se, quanto a esse aspecto, muito satisfeitos (53,60%), bem como com o atendimento dos profissionais (68,50%) e com o tempo de espera para receber a primeira visita domiciliar (59,84%) e na indicação do serviço para alguém (99,22%).

Tabela 23 - Avaliação da expectativa e satisfação, Brasília, 2013

Avaliação da expectativa e satisfação	N	%
Nota para a expectativa de qualidade do serviço		
0	1	1.28
3	1	1.28
5	5	6.41
6	2	2.56
7	1	1.28
8	13	16.67
9	13	16.67
10	42	53.85
Características mais importantes para a satisfação com a qualidade do serviço		
Ausencia de falhas e erros	27	21.77
Capacidade e conhecimento	47	37.90
Facilidade de conseguir o serviço	17	13.71
Simpatia e vontade de ajudar	32	25.81
Satisfação com a qualidade do serviço prestado		
Insatisfeito	4	3.20
Muito insatisfeito	8	6.40
Muito satisfeito	67	53.60
Satisfeito	46	36.80
Satisfação com o atendimento dos profissionais		
Bom	35	27.56
Muito bom / Ótimo	87	68.50

Regular	5	3.94
Satisfação com o tempo de espera para receber 1ª visita domiciliar		
Bom	39	30.71
Muito bom / ótimo	76	59.84
Regular	8	6.30
Pessimo / ruim	4	3.15
Indicação do serviço para alguém		
Não	1	0.78
Sim	127	99.22

Na questão aberta do questionário, foi solicitada pelo menos a citação de três aspectos importantes para que o usuário/cuidador se sentisse bem atendido pela equipe do NRAD, os quais foram categorizados na Tabela 24 em: humanização no atendimento (20,30%), capacidade dos profissionais (18,79%) e maior número de visitas (18,04%).

Tabela 24 – Opiniões categorizadas da pesquisa, Brasília, 2013

Opiniões categorizadas	N	%
Humanização no atendimento	27	20,30
Capacidade dos profissionais	25	18,79
Maior número de visitas	24	18,04

## DISCUSSÃO

Foi verificado alto grau de satisfação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal entre os seus pacientes e cuidadores, destacando a humanização da atenção, a confiança nos profissionais, a informação e a comunicação e o apoio social e ao cuidador, entre outros aspectos. Assim, foi possível verificar sua aceitação positiva entre os usuários, resultado compartilhado entre outros serviços de atenção domiciliar. (12,13,14,15,16,17)

Entretanto, pesquisas de satisfação do usuário tendem a dar escore mais alto, podendo estar relacionadas ao fato de o serviço ser público, e os usuários terem receio de perder o direito ao serviço, caso respondam negativamente às questões relacionadas à percepção e à satisfação do serviço; ao chamado *gratitude bias* (7): sentimento de gratidão para com o serviço (principalmente se público), comumente encontrado em países em desenvolvimento, traduzindo uma visão acrítica do



atendimento, satisfeitos apenas pelo fato de ter a garantia de prestação de serviços; ao fator favorecedor de satisfação a partir dos 65 anos, considerando especialmente a percepção de vulnerabilidade do paciente em atenção domiciliar, quanto a expectativas e aspirações em matéria de satisfação; (5) à forma como as perguntas foram elaboradas, podendo levar a respostas com alto índice de satisfação. (14)

Como principal limitação do estudo, tem-se o fato de a aplicação do questionário ter sido realizada por membros da equipe prestadora do serviço, embora tivessem sido orientados para esclarecer aos participantes do estudo que suas respostas deveriam ser as mais sinceras possíveis justamente para a melhoria do serviço e que sob hipótese nenhuma esses resultados implicariam em alguma forma de suspensão ou redução do atendimento.

Para além do grau de satisfação estão os resultados que não obtiveram uma satisfação tão alta, pois se tornaram indicadores importantes para o aperfeiçoamento do serviço em questão e deverão ser apresentados aos gestores e profissionais das equipes de saúde, para que esses tomem medidas para melhorá-los.

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria dos pacientes pertencia à faixa etária acima de 60 anos, com prevalência de 70 a 79 anos, fator representativo da realidade mundial, que aponta para o envelhecimento populacional com a formação de uma população idosa atingida por doenças crônico-degenerativas, comum a outros serviços (14,15,16,17); do gênero feminino, com exceção do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) de Marília/SP, onde 60% dos pacientes eram do sexo masculino; eram viúvos ou solteiros, com situação ocupacional composta por aposentados, do lar e pensionistas, assim como no Departamento de Atendimento Domiciliar (DAD) de uma cooperativa de trabalho médico do interior do Estado de São Paulo; com baixa escolaridade e renda familiar, fato corroborado por outros serviços. (12,14)

Já o perfil do cuidador revela que geralmente eram mais jovens que os pacientes dos quais cuidavam, fato também observado no DAD/SP, PROIID de Marília/SP e Programa de Internação Domiciliar - PID integrado a um Hospital Público em Pernambuco, e que havia uma parcela maior que 20% acima de 60 anos

exercendo esta atividade, que requer bastante disposição física e mental acarretando significativo ônus para os mesmos. Houve a preponderância do gênero feminino, uma vez que as mulheres normalmente assumem o cuidar por ser este um papel natural, inscrito socialmente na função de mãe e, culturalmente o assumem por ser mais um papel pertinente à esfera doméstica (14); casadas ou solteiras, com nível de escolaridade acima do dos pacientes e ocupação de donas de casa e professoras (16). Quase sempre eram pessoas da família: seja pela proximidade física, considerando-se quem vive com a pessoa, seja pela proximidade afetiva (relações conjugais e entre pais e filhos, principalmente), fato também observado nos serviços estudados. (13,14)

Tornar-se cuidador é um processo que ocorre gradual ou repentinamente, no qual a pessoa sente-se insegura e receosa em função das inúmeras atividades relacionadas ao cuidar, para as quais geralmente não recebeu preparo (14); esta circunstância aparece em mais da metade das respostas relativas à não participação em encontro de cuidadores, promovido periodicamente pelas equipes de atenção domiciliar, preocupadas em dar suporte e apoio aos mesmos, o que não interferiu nas orientações realizadas durante as visitas domiciliares, refletidas no alto índice de preparo para realizar cuidados no domicílio, o mesmo acontecendo no PROIID de Marília/SP.

Na caracterização do atendimento dos profissionais foi observado que a maior parte dos encaminhamentos para a AD (80%) foi proveniente de Hospitais Regionais da SES-DF, conformando o modelo de desospitalização que originou o PID-DF em 1994, pela necessidade de humanizar o cuidado do paciente crônico, reduzir os custos da rede pública de saúde e reorientar o modelo de assistência à saúde.

Quanto à frequência média de visitas domiciliares foi referida na maior parcela de respostas que as visitas tinham periodicidade que dependiam da necessidade, constatação que pode revelar uma sintonia e um alto grau organizacional da equipe de saúde para monitorar o estado de saúde dos pacientes, ao priorizar os que precisavam de mais visitas, adequando, dessa forma, o tempo e a capacidade logística do serviço em atender às reais necessidades dos pacientes. No PROIID de Marília/SP houve a referência de que às vezes o número de visitas realizadas pela equipe não era suficiente, provavelmente devido à dificuldade de a família e/ou

cuidador assumir o cuidado direto ao paciente ou ainda que a equipe precisaria ir mais vezes e que sentiram a necessidade de continuidade da assistência, principalmente do atendimento de fisioterapia.

Na dimensão de agilidade do serviço, constatou-se que nem sempre os agendamentos de visita foram cumpridos, havia rapidez para receber a primeira visita domiciliar e disponibilidade de atendimento não programado, situação esta também relatada no Programa de Assistência Domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir no Rio Grande do Sul (PAD RS), demonstrando alguma dificuldade no processo de trabalho das equipes, dependentes de transporte e motoristas e poucos profissionais disponíveis para atender às demandas de um número crescente de pacientes.

Da mesma forma, nem sempre havia utilização de materiais médicos hospitalares sob empréstimo e/ou fornecimento de medicamentos aos pacientes (13), o que pode refletir questões administrativo-financeiras relativas à contratação de bens e serviços e aquisição de materiais e insumos pela instituição pública de saúde.

Na dimensão de informação e comunicação constatou-se que grande parte dos usuários desconhecia a existência de conselhos de saúde em suas regiões administrativas e mais de 50% não conhecia ou sabia o que era ouvidoria em saúde, o que reduz a potencialidade de controle social como forma de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS -, e de comunicação com o mesmo, carecendo de estratégias para um melhor acesso a informação e conscientização das pessoas quanto aos seus direitos enquanto cidadãos.

Pesquisas recentes reforçam que o usuário avalia os serviços por parâmetros mais afetivos do que propriamente técnicos, tais como a atenção dos profissionais, a confiança no médico e entre outros, (18) o que é corroborado no DF, onde a simpatia/vontade de ajudar e a confiança nos profissionais foram características importantes relatadas pelos usuários/cuidador para a satisfação com a qualidade do serviço, bem como no DAD/SP, serviço no qual os entrevistados listaram a simpatia como o aspecto mais referido para a qualidade do atendimento do serviço.

Outros aspectos muito bem avaliados foram as informações, tranqüilidade e clareza de orientações recebidas pela equipe (14) e a indicação do serviço para

alguém, comprovadas nas opiniões emitidas acerca do serviço como: humanização no atendimento e capacidade dos profissionais; atenção e cuidado da equipe, conforto do lar e desospitalização no DAD/SP. Como sugestões foram referidas: realização de maior número de visitas; ampliação da equipe com mais profissionais de saúde engajados nesse tipo de atendimento (16); marcação de horário e dia das visitas, mesmo após a alta e continuar a fazer uma visita mensal e a necessidade de a equipe ter um transporte próprio em caso de intercorrências. (13)

## **CONCLUSÃO**

O estudo evidenciou alto grau de satisfação do usuário com o serviço, constatando, assim, a capacidade de a atenção domiciliar em atuar como modalidade substitutiva à hospitalização, incorporando integralidade e longitudinalidade ao cuidado aliada à construção de práticas assistenciais em um novo locus de cuidado: o domicílio, onde se agregam desde a necessidade de uma logística institucional para a realização e manutenção de visitas domiciliares à participação da família/cuidador na definição do plano terapêutico e no cuidado do paciente, de forma humanizada e singular.

A avaliação da qualidade do atendimento prestado frente às demandas do usuário indicou a necessidade de se melhorar a estrutura organizacional dos serviços como: aumentar o número de profissionais das equipes e o número de visitas, bem como o transporte e melhorar o acesso a materiais e medicamentos.

Sugere-se, assim, a continuidade e aperfeiçoamento de estudos voltados a esse tema, com vistas a proporcionar a melhoria contínua da qualidade do serviço e conseqüente satisfação de pacientes, cuidadores e famílias.

## **REFERÊNCIAS**

1. Arnould JS. Satisfação de usuários com o atendimento domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre/RS. Projeto de Pesquisa apresentado como trabalho de conclusão no Curso de Especialização Científica e Tecnológica em Saúde pela FIOCRUZ do Hospitalar Conceição. Porto Alegre/RS 2009.  
<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3072/2/TCC%20Jer%C3%b4nima.pdf>

2. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 38, 1994.
3. Parasuraman A, zeithaml VA, Berry L. Measuring Customer Service Satisfaction. 1990 texto net. [www.imt.za/qtrater/gaps.html](http://www.imt.za/qtrater/gaps.html)
4. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. México, D.F.: La Prensa Mexicana, 1984.
5. Morales Asencio JM et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD *Gac Sanit.* 2007;21(2):106-13 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ga/v21n2/original3.pdf>
6. World Values Survey 2000. Finnish material. Disponível em <[www.fsd.uta.fi/english/data/meF0154e.html](http://www.fsd.uta.fi/english/data/meF0154e.html). OMS, 2000. Key Informant Survey.
7. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2010 Mar [cited 2013 Jan 18]; 26(3): 523-534. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300010>.
8. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. Measuring preferences on health system performance assessment. GPE Discussion Paper Series: N°20.EIP/GPE, WHO. 2000.
9. Rodrigues AVD, Vituri DW, Haddad MCL et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the internet]. 2012 Feb [cited 2013 Jan 18]; 46(1):167-74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100023&lng=en&nrm=iso) <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100023>
10. Vaitsman, J. Andrade, GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde*

- Coletiva, 10(3): 599-613, 2005. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
11. Hollanda E, Siqueira S, Andrade G et al. Relatório técnico final. Satisfação dos Usuários em Três Unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP [internet]. 2008 dez [cited 2013 jan 18]; 1-133. Disponível em:  
[http://portal.icict.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/relatorio\\_final\\_da\\_pesquisa\\_de\\_satisfacao\\_do\\_usuario.pdf](http://portal.icict.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/relatorio_final_da_pesquisa_de_satisfacao_do_usuario.pdf)
  12. Morsch P, Bordin, R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Martir, sul do Brasil. Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 29, n.3 (2009), p. 200-204. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28913>
  13. Marin MJS, Caetano FB, Palasson RR. Avaliação da Satisfação dos Usuários do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar. Espaço para saúde (versão online). Disponível em:  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v2n2/doc/domiciliar.htm>
  14. Zem-Mascarenhas SH, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):45-54. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm> .
  15. Leff B, Burton L, Mader S et al. Satisfaction with Hospital at Home Care. Journal of the American Geriatrics Society, 2006. 54: 1355–1363. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x
  16. Espíndola MMM, Carvalho MFAA, Lira MOSC MOSC et al. Assistência domiciliar a saúde - percepção do familiar cuidador sobre a qualidade assistencial. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):379-84, fev., 2014. DOI: [10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201420](https://doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201420)

17. Leff B, Burton L, Mader S et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients *Ann Intern Med.* 2005;143(11):798-808. doi:[10.7326/0003-4819-143-11-200512060](https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060)
18. BOSI MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. 1998. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2): 355-365, abr-jun.

## 5 CONCLUSÃO

A análise do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal permitiu identificar a abrangência e a complexidade dessa recente modalidade assistencial ao constatar os avanços que conquistou desde sua implantação, consolidando, assim, sua potencialidade em atuar como serviço substitutivo à hospitalização, incorporando integralidade e longitudinalidade ao cuidado aliado à construção de práticas assistenciais em um lócus de cuidado não institucionalizado: o domicílio.

Entre os desafios vislumbrados no presente estudo estão: a articulação com a APS, que carece ser ampliada e ter maior efetividade para absorver os pacientes acamados de baixa complexidade, a fim de que o serviço possa, de fato, atender aos pacientes da média complexidade, oriundos predominantemente dos Hospitais Regionais; a implantação do novo instrumento de classificação assistencial, que mostrou evidências de validade e reprodutibilidade, necessitando, todavia, monitoramento e avaliação contínuos para seu aperfeiçoamento na prática dos serviços de AD; e a melhoria da infra-estrutura física, logística e de profissionais suficientes para completar as equipes inconsistentes e implantar novas equipes, conforme as expectativas referidas dos usuários, que manifestaram satisfação principalmente quanto a qualidade do atendimento, a humanização do cuidado e a confiança nos profissionais.

Esse estudo veio corroborar para a relevância da AD no atual cenário da saúde do DF enquanto política institucional estratégica para a organização tecno-assistencial do sistema de saúde, requerendo, sobretudo uma ampla discussão desde a atenção primária aos mais complexos níveis de atenção para a inclusão do movimento de integração de serviços e pactuação de responsabilidades, por meio de fluxos, protocolos, gerenciamento de casos crônicos, entre outros dispositivos.

Aponta também para várias políticas e estratégias, que poderiam concorrer para a esta assistência, por meio da parceria tanto de instituições intra-setoriais (Hospital-Dia), como inter-setoriais - Rotary Club, Associação de Moradores, entre outras, a fim de se utilizar recursos e atores sociais para apoio quando as pessoas precisarem.



Esta pesquisa traz uma perspectiva inovadora, na qual o desenvolvimento de uma nova tecnologia (instrumento de gestão – de complexidade assistencial e de responsividade do serviço) propiciará a qualificação da atenção domiciliar da SES-DF, e que poderá servir de modelo para outros Estados e consubstanciará a necessidade freqüente e permanente da adaptação da oferta de cuidados, considerando-se os aspectos evolutivos das sociedades modernas.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Feb 10]; 15(5): 2297-2305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en)
2. Seixas CL, Souza CG, Silva KL, Sena RR: Experiências de atenção domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro [<http://apsredes.org/site2013/atencao-domiciliar/wp-content/blogs.dir/8/files/2013/12/Revis%C3%A3o-Bibliogr%C3%A1fica-FINAL-junho-2013.pdf>]
3. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013 [<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>]
4. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010 (2012), disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap4.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap4.pdf)
5. Sistema de Informação Epidemiológica e Morbidade (2012), disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>
6. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet. 2006 oct. 26; 368:1524-1534.
7. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública 2010 fev; 44(1):166-76.
8. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, org. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.121–42.

9. Silva Junior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Oguisso T. El ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el mundo. Uma visión histórica y ética in Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y humanidades [internet]. 2008 [acesso em 2010 nov 8]; 24:15-25. Disponível em:  
[http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura\\_cuidados\\_24.pdf](http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura_cuidados_24.pdf)
12. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília: Banco Mundial; 2007
13. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Home care: planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli; 2007.
14. Saba V. Home Health Care Classification (HHCC), of nursing diagnoses and interventions [online]. Tradução de Heimar F. Marin. São Paulo; 1991. [acesso em 2010 jun 5]. Disponível em: <http://sabacare.com/portuguesetrans.html>
15. Cullen DJ, Nemeskal AR, Zalavsky, AM. Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervencion Scoring System for non ICU-patients. Crit Care Med. 1994; 22(9):1406-11.
16. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
17. Carmona LMP, Évora YDM. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):42-9.
18. Perroca MG, Gaidzinski RR. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2004 jan-fev;12(1):83-91.
19. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Home care planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli, 2007. 160 p.

20. Dal Ben LW. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
21. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária [artigo de revisão]. Acta Paul Enferm. 2006 jan-mar; 19(1):100-8.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
23. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2010 Mar [cited 2013 Jan 18]; 26(3): 523-534. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300010>
24. World Values Survey 2000. Finnish material. Disponível em [www.fsd.uta.fi/english/data/meF0154e.html](http://www.fsd.uta.fi/english/data/meF0154e.html). OMS, 2000. Key Informant Survey.
25. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 599-613, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
26. Hollanda E (coord), Siqueira S, Andrade G, Pinto LF, Molinaro A, Sette ME. Relatório técnico final. Satisfação dos Usuários em Três Unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas e Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria/ENSP [internet]. 2008 dez [cited 2013 jan 18]; 1-133. Disponível em: [http://portal.icict.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/relatorio\\_final\\_da\\_pesquisa\\_de\\_satisfacao\\_do\\_usuario.pdf](http://portal.icict.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/relatorio_final_da_pesquisa_de_satisfacao_do_usuario.pdf)
27. Rodrigues AVD, Vituri DW, Haddad M do CL, Vannuchi MTO, Oliveira WT. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP [serial on the

- internet]. 2012 Feb [cited 2013 Jan 18]; 46(1):167-74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100023&lng=en&nrm=iso) <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100023>
28. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, AOSB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Rev. Neurociências*. 2001; 9(3): 111-17.
29. Arnould JS. Satisfação de usuários com o atendimento domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre/RS. Projeto de Pesquisa apresentado como trabalho de conclusão no Curso de Especialização Científica e Tecnológica em Saúde pela FIOCRUZ do Hospitalar Conceição. Porto Alegre/RS 2009. <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3072/2/TCC%20Jer%C3%b4nima.pdf>
30. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). O que são cuidados paliativos? [internet]. São Paulo; 2009 [cited 2010 jul 26]; Available from: <http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>
31. Flores O, Sousa MF, Merchán-Hamann E. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(2):123-136
32. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
33. Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
34. Brant LC, Minayo, CGA. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):213–23.
35. Rice R. Home care nursing practice – historical perspective and philosophy of care. In: Rice. R. editor. *Home care nursing practice – concepts and application*. St. Louis: Mosby; 2001. p. 3-14
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 out. 28; Seção 1. p. 44–46.

36. Rehen TM, Trad LA. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para a atenção básica [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2003.
37. Cunha MAO, Moraes HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(6):1651-60. DOI:[10.1590/S1413-81232007000600026](https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600026).
38. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
39. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: 2006.
40. Ministério da Saúde (Brasil). 1997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
41. 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*. 2008; 24(3):180–8.
42. Carvalho LC de. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009.
43. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 1998 mar. 26; Seção 1. p. [?]
44. Brasil. Lei nº. 10.424, de 15 de Abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2002 abr. 16; Seção 1. p.1–2.
45. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 249, de 12 de abril de 2002. Aprova normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2002 abr. 16; Seção 1. p. 46–50

46. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006; Seção 1. p. [?]
47. Ministério da Saúde (Brasil). Lançamento da Política Nacional de Internação Domiciliar [internet]. Brasília; 2008; [acesso em 2012 jan 23]. Disponível em: <http://www.sosvida.com.br/noticias.asp?codigon=63>
48. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006 out. 20; Seção 1. p. 145-148.
49. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011 ago. 25; Seção 1. p. 91 -92.
50. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011 out. 28; Seção 1. p. 44-46.
51. Ministério da Saúde e Ministério das Minas e Energia (Brasil). Portaria Interministerial nº 630, de 08 de novembro de 2011. Institui o benefício Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011; Seção 1. p. 36.
52. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº. 2527, de 27 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2012 jul. 17; Seção 1. p. 41-42.
53. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54869258/dou-secao-1-28-05-2013-pg-30>
54. Ministério da Saúde (Brasil) 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. DOU de 19/06/2013 (nº 116, Seção 1, pág. 37)

55. WHO. Home-based and long-term care: home care issues at the approach of the 21th century from a World Health Organization perspective - a literature review. Geneva: WHO; 1999.
56. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social In: Giovanella, L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
57. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade [internet]. Rio de Janeiro; 2007. [acesso em 2012 mar. 5]. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)
58. Zem-Mascarenhas SH, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):45-54. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm> .
59. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.
60. UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência em Cultura; Representação da UNESCO no Brasil). Lista de patrimônio mundial no Brasil [internet]. Brasília; 1987. [acesso em 2013 jan 23]. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/culture/world-heritage/list-of-world-heritage-in-brazil/#c154845>.
61. Brasil. Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998. Cria a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998 fev. 20; Seção 1. p. 1.
62. Brasil. [Decreto nº 2.710, de 04 de agosto de 1998](#). Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998 ago. 05; Seção 1. p. 63.



63. Brasil. Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000. Altera dispositivos do Decreto nº 2.710, de 4 de agosto de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2000 mai. 05; Seção 1. p. 119.
64. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos e Contagem Populacional [internet]. Brasília: 2011. [acesso em 2013 jan 23]. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=21&uf=53>
65. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2011 [internet]. [acesso em 2011 ago 02]. Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/11\\_MDG%20Report\\_EN.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf)
66. Rede interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (internet). Perfil municipal – Brasília–DF. Acessível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/brasilia\\_df](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/brasilia_df)
67. DATASUS (internet). Indicadores demográficos do Distrito Federal – esperança de vida ao nascer, segundo região e UF. Acessível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/a11.htm>
68. DATASUS (internet). Mortalidade por grupo de doença e faixa etária no DF 2012. Acessível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10df.def>
69. DATASUS (internet). Internações hospitalares no DF por Capítulo CID 10 e média de permanência em 2014. Acessível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nidf.def>
70. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Plano de Saúde do Distrito Federal – 2012-2015. Brasília; 2012.
71. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS Nº 255/2008. Habilita o Distrito Federal de acordo com o Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2008; Seção 1. p. [?]
72. Ministério da saúde (Brasil). Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para

- o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2002 fev. 28; Seção 1. p. 52-68.
73. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Plano Distrital de Regionalização (PDR) DF 2007 [internet]. Brasília; 2007. [acesso em 2010 jan 23]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_df.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf)
74. Distrito Federal. Lei nº. 867, de 25 de maio de 1995. Cria o Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio nas Regiões de Saúde do Distrito Federal [internet]. Diário Oficial [do] Distrito Federal. 1995 mai 26 [acesso em 2013 jan 9]. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id\\_norma\\_consolidado=48826](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=48826)
75. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Decreto nº. 23.660, de 14 de março de 2003. Cria a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND). Diário Oficial [do] Distrito Federal. 2003 mar 17; Seção 1 . p.1.
76. Secretaria de Estado da Saúde (Distrito Federal). Portaria nº. 20, de 02 de maio de 2006. Implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar (SSAD) no âmbito do Distrito Federal. Diário Oficial [do] Distrito Federal. 2006 mai. 04; Seção 1. p. 10.
77. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). J. Pneumologia [serial on the Internet]. [cited 2013 Feb 11]; 2000 Dec; 26(6): 341-350. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862000000600011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011&lng=en)
78. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção Domiciliar in Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
79. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Resolução nº. 56, de 14 de outubro de 2008. Homologa o Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no âmbito do Distrito Federal. Diário Oficial [do] Distrito Federal. 2008 nov. 12; Seção [?] p. [?]

80. Ministério da Saúde (Brasil). Manual Instrutivo do Melhor em Casa [internet]. Brasília; 2011. [acesso em 2012 dez. 05]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf)
81. Secretaria de Estado de Saúde (Distrito Federal). Deliberação nº 17, de 17 de novembro de 2011. Aprova, por consenso, o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [do] Distrito Federal. 2011 nov. 25; Seção 1. p. 30.
82. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.094, de 28 de maio de 2012. Habilita estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), entre os quais o SAD-DF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2012 mai. 29; Seção 1. p. 83-84.

## 7 APÊNDICES

### APÊNDICE A – Instrumento de classificação de complexidade assistencial da Atenção Domiciliar

CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM AD NO SUS		
NOME DO PACIENTE		
ENDEREÇO:		
Serviço:	Profissional	DATA:
I. ATIVIDADES DOMICILIARES.	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	PONTUAÇÃO
<b>1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLE CLÍNICO</b>		
<b>1a) Avaliação clínica do paciente com Perfil MODERADO:</b> assistência ao paciente crônico, com comorbidades, acamado e dependente para AVDs, que exijam cuidados mais complexos e que superam aqueles que possam ser oferecidos pelas equipes de atenção básica.	Será pontuado o paciente estável, do ponto de vista respiratório e hemodinâmico, podendo apresentar alteração do padrão cardiorespiratório com: risco para hemorragia e em uso contínuo de anticoagulante; risco de infecção; desnutrição grau II, ou obesidade ou sobrepeso; necessidade de suplementação nutricional enteral VO.	
<b>1b) Avaliação clínica do paciente com Perfil GRAVE:</b> assistência ao paciente crônico, com comorbidades, acamado, e dependente para AVDs, que por razões de segurança, gravidade ou terapia, necessita maior observação, acompanhamento e controle, diante da iminência de internação hospitalar.	Aplica-se ao paciente com quadro clínico potencialmente instável, presença de dispnéia, taquicardia/bradicardia ou arritmia, reversível durante os procedimentos domiciliares com: risco de hemorragia por presença de ferida extensa com uso de anticoagulante ou presença de lesão potencialmente sangrante; presença de infecções agudas e recorrentes, com risco de repercussão hemodinâmica; alimentação por VO sem atingir pelo menos 50% das necessidades, ou desnutrição grau III ou obesidade mórbida; necessidade de controle de analgesia; necessidade de suporte ventilatório não invasivo; necessidade de alimentação enteral por sonda; diálise peritoneal e paracentese.	
<b>Caso sejam encontrados no MÍNIMO 2 ÍTENS do Perfil MODERADO</b>		<b>2</b>
<b>Caso sejam encontrados 2 itens de qualquer Perfil</b>		<b>2</b>
<b>Caso sejam encontrados no MÍNIMO 2 itens do Perfil GRAVE</b>		<b>6</b>
<b>1c) Avaliação de enfermagem</b>	Avaliação do estado clínico e psicossocial do paciente inserido em sua realidade doméstica; planejamento da assistência.	<b>2</b>
<b>1d) Avaliação fisioterapêutica</b>	Avaliação do estado físico e psicossocial do paciente, analisando sua capacidade funcional e interação com o contexto ambiental; planejamento da assistência	<b>2</b>

<b>1e) Avaliação nutricional</b>	Avaliação nutricional do paciente e elaboração de prescrição dietética.	<b>2</b>
<b>2. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS</b>		
<b>2a) Curativo / desbridamento de úlceras de pressão grau II/ III e IV ou múltiplas</b>	I – ÚLCERA estágio II: Perda de espessura parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou cratera rasa.	<b>1</b>
	II – ÚLCERA estágio III: Perda da pele de espessura total envolvendo dano ou necrose de tecido subcutâneo que pode se estender até, mas não através, da fáscia adjacente. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda com ou sem enfraquecimento do tecido adjacente;	<b>2</b>
	III- ÚLCERA estágio IV: Perda de pele de espessura total com destruição extensa, necrose tecidual ou dano ao músculo, osso ou estrutura de apoio, por exemplo, tendão, cápsula articular, etc.	<b>2</b>
	IV - Úlceras múltiplas (acima de 3), a partir do estágio II.	<b>3</b>
<b>2b) Administração de medicamentos e fluidos por via parenteral</b>	Aplica-se à todas as vias de administração de fluidos e medicamentos, exceto a via oral.	<b>1</b>
<b>2c) Cuidados gerais com sondas, drenos e tubos</b>	Aplica-se a todos os pacientes que estejam em uso contínuo de sonda, e/ou dreno e/ou tubo.	<b>2</b>
<b>2d) Cuidados gerais com traqueostomia</b>	Aplica-se a todos os pacientes traqueostomizados hipersecretivos.	<b>1</b>
<b>3. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS</b>		
<b>3a) Passagem de sonda uretral para coleta de urina</b>	Aplica-se a todos os pacientes incontinentes ou a condições clínicas indicativas do procedimento	<b>1</b>
<b>3b) Coleta de material biológico para exames</b>	Pontuam-se todos os pacientes.	<b>1</b>
<b>4. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO (comum aos membros da equipe):</b>		
<b>Inclui orientação, treinamento e supervisão para a família e/ou cuidador, de procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira e vice-versa.</b>		<b>1</b>
<b>5. REABILITAÇÃO:</b>		
<b>5a) Sessão de Fisioterapia</b>	Aplica-se aos pacientes que necessitem restaurar os movimentos e funções comprometidas depois de uma doença ou acidente, até tornar possível desenvolver ou restabelecer suas aptidões e	<b>3</b>

	capacidades.	
<b>6. SUPORTE E CUIDADO AOS FAMILIARES, CUIDADORES E PACIENTES (comum aos membros da equipe).</b>		
<b>6a) Aplica-se a todo paciente, cuidador e familiar, constituindo-se um diferencial da internação domiciliar, na construção do vínculo paciente/cuidador/família.</b>		<b>1</b>
<b>6b) Atenção psicossocial em situações especiais, nas quais é necessário explicar condições clínicas, lidar com a dor e a angústia, inclusive o luto.</b>		<b>3</b>
<b>II. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS</b>	<b>DEFINIÇÕES OPERACIONAIS</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>1a) Atividades comuns aos membros da equipe</b>	Realização de tarefas de rotina como orientação telefônica, orientação aos familiares/cuidadores na unidade; elaboração de plano terapêutico; notificação de agravos; referenciamento dos pacientes para outros serviços; entrevista de admissão, consolidado de produtividade.	<b>2</b>
<b>1b) Atividades específicas do médico</b>	Atualização terapêutica, análise de resultado de exames, emissão de AIH, emissão de laudos e relatórios.	<b>2</b>
<b>1c) Atividades específicas da Enfermagem</b>	Marcação de exames, entrega de material, recebimento, conferência e guarda de materiais da farmácia;	<b>1</b>
<b>1d) Atividades específicas do Nutricionista</b>	Cálculo de dietas, análise de resultado de exames, relatórios trimestrais para atualização da nutrição enteral.	<b>2</b>
<b>1e) Atividades específicas do Fisioterapeuta</b>	Emissão de laudos e relatórios, prescrição de órtese e outros equipamentos terapêuticos.	<b>1</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO ASSISTENCIAL/PONTUAÇÃO FINAL</b>		

PONTUAÇÃO: 13 a 21 – AD1(Atenção Domiciliar tipo 1 – baixa complexidade; equipes de atenção básica)

≥22 – AD2/AD3 (Atenção Domiciliar tipo 2/3 – média complexidade; equipes de atenção domiciliar)

## APÊNDICE B – Termo de Adesão

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

**Termo de Adesão  
Pesquisador Colaborador Voluntário**

Pelo presente instrumento, de um lado a Gerência de Atenção Domiciliar/DIAE/SAPS/SES-DF, instância administrativa pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, localizada na cidade de Brasília, neste ato denominada GEAD, e, de outro lado, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, doravante denominado Pesquisador Colaborador Voluntário, residente a \_\_\_\_\_, resolvem, nos termos da Lei 9.608-98 e da Resolução 196/96 do CNS/MS, celebrar o presente Termo de Adesão para Pesquisador Colaborador Voluntário, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

Cláusula 1ª - Pelo presente termo, o Pesquisador Colaborador Voluntário prestará, no âmbito da SES-DF, durante seu período laboral enquanto servidor público, a título de trabalho voluntário, atividade de aplicação de instrumento de classificação de complexidade assistencial no domicílio de pacientes cadastrados no Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal e selecionados pela pesquisa “Elaboração e validação de instrumento operacional para o Programa de Internação Domiciliar do DF” – tese de doutorado da UnB – Universidade de Brasília, sob coordenação da GEAD.

Cláusula 2ª - O trabalho voluntário será realizado de forma espontânea e sem recebimento de contraprestação financeira ou qualquer outro tipo de remuneração, não gerando vínculo de emprego nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária, tributária ou outra afim.

Cláusula 3ª - O trabalho voluntário será exercido a partir desta data pelo prazo de até um ano, renovável, podendo ser rescindido, a qualquer tempo, por manifestação de vontade do Pesquisador Colaborador Voluntário ou por decisão da GEAD.

Cláusula 4ª - Findo o período de permanência, o Pesquisador Colaborador Voluntário fará jus a declaração das atividades desenvolvidas emitida pela GEAD.

Cláusula 5ª - Qualquer produção técnica ou científica decorrente das atividades de Pesquisador Colaborador Voluntário deverá mencionar o serviço voluntário prestado à GEAD, considerando as disposições legais vigentes em matéria de direito autoral.

Cláusula 6ª - Ao Pesquisador Colaborador Voluntário não será permitido o estabelecimento de outras condições não explicitamente acordadas neste Termo.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente termo em duas vias de igual teor na presença das testemunhas abaixo identificadas.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Colaborador Voluntário

\_\_\_\_\_  
GEAD/DIAE/SAPS/SES-DF

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Brasília, 31 de agosto de 2012.

### APÊNDICE C – Perfil dos examinadores

Profissional	Idade (anos)	Sexo	Formação	Tempo de formação (anos)	CEAD* FEPECS	Especialização ou Residência	Mestrado (área)	Doutorado (área)	Tempo de atuação em AD (anos)
L. N. de B.	48	F	Enfermeira	27	SIM	Administração hospitalar	Medicina Tropical	NÃO	8
A. G. S. R.	37	F	Fisioterapia	14	SIM	Neurologia infantil	NÃO	NÃO	6
A. L. L.	31	F	Enfermeira	6	NÃO	Saúde familiar	NÃO	NÃO	
H. F. M.	32	M	Fisioterapeuta	10	SIM	Educação em saúde	NÃO	NÃO	8
C. C. da F.	32	F	Téc. Enfermeira	12	SIM		NÃO	NÃO	3
A. F. de M.	32	M	Téc. Enfermeira	9	NÃO		NÃO	NÃO	
R. de M. C.	36	F	Enfermeira	9	NÃO	Vigilância sanitária	NÃO	NÃO	1
D. A. do C. L. G.	30	F	Téc. Enfermeira	9	NÃO				1
C. E. A. F.	29	M	Médico	5	SIM				3
D. P. S.	26	M	Fisioterapeuta	4	SIM				2
K. de O. T.	25	M	Médico	4	NÃO				4
T. G. B.	50	F	Enfermeira	22	SIM				10
M. B. C.	29	F	Fisioterapeuta	7	SIM	Neuro adulto	Ciência de reabilitação	Ciências e tecnologias em saúde	3
V. R. C.	43	F	Nutricionista	22	SIM	Gestão negócios			2
L. L. L.									
P. da C. S. P. M.	42	F	Médica	19	SIM		Homeopatia 2 Psicossomática Saúde da Família  Psicologia Clínica de Orientação Junguiana (em curso)		2
J. dos S. O.									
M. T. A. N.									

\* Curso de Extensão em Atenção Domiciliar



## **APÊNDICE D – Manual do examinador**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

**Pesquisa “Elaboração e validação de instrumento operacional para o  
Programa de Internação Domiciliar do DF”**

# **Manual do Examinador**

### **Informações do Examinador e Local da Pesquisa**

Examinador:

Telefones:

Email:

#### **Contatos com a Coordenadora**

Nome da Coordenadora: Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas

Telefones: (61) 3348-6261 e (61) 9216-2120

E-mail: [gead.saude.df@gmail.com](mailto:gead.saude.df@gmail.com)

#### **Contatos com a Supervisora**

Nome da Supervisora: Graciene Silveira

Telefones: (61) 3348-6261 e (61) 9976-9803

E-mail: [gead.saude.df@gmail.com](mailto:gead.saude.df@gmail.com)

**Caro(a) Examinador(a),**

Esta pesquisa teve início em 2009, realizada por um grupo de servidores da SES-DF, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde - FEPECs – e da Universidade de Brasília - UnB –, e teve continuidade enquanto tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB da Gerente de Atenção Domiciliar/SES-DF. O estudo tem por objetivo propor uma classificação assistencial dos pacientes do Programa de Internação Domiciliar do DF para o dimensionamento de equipes necessário a fim de prestar um cuidado de qualidade e de forma oportuna.

No Brasil ainda não existem escalas validadas de classificação assistencial de pacientes em atenção domiciliar, seja no setor privado ou público.

Os resultados deste trabalho proporcionarão um melhor planejamento das ações e, por conseguinte, uma melhor organização dos serviços.

O trabalho do(a) examinador(a) é fundamental para que esta pesquisa se realize. Dessa forma, o presente manual contém informações básicas sobre a pesquisa, seus objetivos, bem como atribuições do examinador e instruções para aplicação e preenchimento do instrumento que se pretende validar e confiar estatisticamente.

Agradeço a colaboração de todos, desejando um bom trabalho!

Equipe da GEAD

**SUMÁRIO**

- I. Informações sobre a pesquisa e seus objetivos
- II. Atribuições da coordenadora
- III. Atribuições da supervisora
- IV. Atribuições do(a) examinador(a)
- V. Orientações gerais para iniciar a aplicação do instrumento
- VI. Instruções para o preenchimento do instrumento
- VII. Bibliografia

**I. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA E SEUS OBJETIVOS**

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, cujo objetivo principal é elaborar e validar instrumento operacional para o Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal.

**Os objetivos específicos são:**

- Realizar diagnóstico epidemiológico da potencial demanda de internação domiciliar no Distrito Federal.
- Propor instrumento de classificação de complexidade do cuidado ao paciente em Atenção Domiciliar e a capacidade operacional da equipe.
- Validar o instrumento por meio da utilização da Técnica Delphi e de testes estatísticos específicos.
- Avaliar a qualidade de cuidado dos pacientes cadastrados no Programa de Internação Domiciliar, após a implantação desse instrumento e a melhoria do serviço.

O estudo será realizado por meio da aplicação do instrumento de classificação assistencial no domicílio de pacientes selecionados a partir de amostra aleatória por Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD – da SES-DF, nas Coordenações Regionais de Saúde da Asa Norte, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Samambaia, São Sebastião, Sobradinho e Taguatinga, durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2012.

A Gerência de Atenção Domiciliar – GEAD - irá coordenar, supervisionar e treinar uma equipe previamente selecionada de examinadores. Estes realizarão a coleta dos dados utilizando o

instrumento pré-testado denominado “**AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM AD NA SES-DF**”.

## **II. ATRIBUIÇÕES DA COORDENADORA**

1. Coordenar a pesquisa.
2. Articular e pactuar com os NRADs o agendamento de visitas domiciliares para aplicação do instrumento durante o período laboral dos servidores, de modo a não interferir ou prejudicar a rotina diária do serviço, incluindo o acesso aos prontuários médicos dos pacientes selecionados para a complementação dos dados para a pesquisa.
3. Treinar equipes de coleta de dados – examinadores - dos NRADs participantes.
4. Identificar e distribuir os documentos que fazem parte do trabalho de campo para os NRADs participantes, responsabilizando-se pelo seu controle. A lista de documentos é a seguinte:
  - Termo de adesão
  - Registro da aplicação do Instrumento aos pacientes selecionados por NRAD
  - Instrumento de complexidade modificado para aplicação dos examinadores
  - Relação de Examinadores 1 e 2
  - Relação de pacientes selecionados por NRAD para agendamento de visita
  - Termo de consentimento livre e esclarecido
  - Manual de instrução para examinadores
5. Oferecer suporte aos examinadores.
6. Organizar juntamente à supervisora a logística da comunicação entre examinadores e GEAD.

## **III. ATRIBUIÇÕES DA SUPERVISORA**

1. Coordenar o trabalho de campo à distância, uma vez que os instrumentos serão aplicados simultaneamente em vários locais do DF por equipes de examinadores treinados.
2. Fazer relatório semanal das informações do trabalho de campo enviadas via email pelos examinadores ou solicitadas por telefone, como realização de visitas agendadas, intercorrências, dificuldades, necessidade de selecionar novo paciente.
3. Discutir e orientar dúvidas surgidas durante a abordagem dos pacientes e a coleta de dados.
4. Controlar a qualidade da abordagem dos pacientes e da coleta de dados, conferindo o preenchimento dos instrumentos;
6. Organizar reuniões e reforços no treinamento da equipe de coleta de dados sempre que necessário.
7. Preencher as Planilhas de validação e confiabilidade intra e inter examinador e encaminhá-las para os testes estatísticos.
8. Responsabilizar-se pelo preenchimento da Planilha de pacientes selecionados que necessitaram ser substituídos por uma das seguintes razões:
  - **Recusas:** o paciente, o familiar ou seu acompanhante recusam-se a participar da pesquisa.
  - **Perdas:** o paciente foi selecionado no serviço, mas evoluiu para alta, óbito ou mudou o endereço de domicílio.
  - **Evasões:** o paciente não é encontrado no domicílio ou no endereço cadastrado; nesse caso são realizadas três tentativas de agendamento antes de substituí-lo. Essas também são **consideradas como “perdas”**.

## **IV. ATRIBUIÇÕES DO(A) EXAMINADOR(A)**

1. Conhecer detalhadamente o projeto de pesquisa: objetivos, metodologia e instrumentos, para que possa informar com segurança os pacientes, familiar, cuidador ou responsável, sempre que necessário.
2. Participar de reuniões e treinamentos, sempre que necessário;
3. Cumprir o agendamento de visitas para aplicação do instrumento, sem, contudo prejudicar a rotina do serviço.
4. Assegurar-se de que está de posse de todo o material necessário para as entrevistas: crachá, instrumentos, manual do entrevistador, caneta, lápis, borracha, prancheta, envelope;
5. Manter na prancheta: manual do entrevistador + instrumento;
6. Manter postura cordial com os pacientes, familiares e cuidadores incluídos na pesquisa;
7. Realizar a aplicação do instrumento com ética, discrição, humanização e privacidade. O examinador identificado de nº1 realizará a aplicação do instrumento de forma independente e sem a

presença do examinador identificado de nº 2. Após esse procedimento, o examinador nº 2 realiza os mesmos passos.

8. Ao final de cada aplicação, conferir se todas as categorias foram pontuadas;
9. Guardar os instrumentos em envelope específico, evitando perdas, exposição ou troca de comentários das informações preenchidas;
10. Repor o instrumento na prancheta após cada aplicação;
11. Comprometer-se com a qualidade do trabalho, comunicando-se sempre com a supervisora em caso de dúvidas, problemas ou situações desconfortáveis.

## V. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INICIAR A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

1. Cumprimentar o paciente, familiar ou cuidador, como de praxe, explicando o motivo da visita, como examinador de uma pesquisa (informar nome, instituição responsável pelo trabalho, sua função no projeto, responsável pelo trabalho, seus objetivos e metodologia – aplicação de instrumento de classificação assistencial por duas vezes, com intervalo de 4 a 7 dias- e resultados esperados).
2. Perguntar se concorda em participar da pesquisa. Em caso afirmativo, ler o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e solicitar assinatura em duas vias (uma fica em poder do paciente e outra deverá ser entregue à Coordenação).
3. Esclarecer que todas as informações serão mantidas em sigilo e de uso exclusivo do setor saúde e que a participação nesse trabalho será muito importante, pois contribuirá para a melhoria da qualidade do Serviço de Atenção Domiciliar do DF.
4. Quanto mais claras e completas as informações sobre a pesquisa, menores as chances de recusa.
5. Preencher todo o instrumento durante a realização da entrevista. Não alterar ou omitir categorias, pontuando todas. Caso contrário, evidenciará que as mesmas não foram aplicadas.
6. No decorrer do trabalho, anotar no verso do instrumento as dúvidas sobre seu preenchimento ou situações não previstas neste manual.
7. Esclarecer dúvidas no momento em que as mesmas surgirem, consultando o Manual do Examinador, o que permitirá mais segurança para continuar o trabalho. Caso o manual não tenha esclarecido a dúvida, comunicar-se com a supervisora.
8. Preencher o instrumento inicialmente a lápis. Após o término da aplicação, durante a revisão do instrumento, cobrir as respostas com caneta esferográfica preta ou azul. A supervisora ou a coordenadora utilizará caneta vermelha em suas anotações, tornando-as mais visíveis ao digitador.
9. Nos espaços abertos, como por exemplo, nome do paciente, endereço, NRAD, examinador e data, as informações devem ser preenchidas com **letra legível** e com muita atenção. Ter cuidado especial na anotação das datas. **Não abreviar as informações, escrevendo-as por extenso.**
10. Ao final da aplicação do instrumento, antes de liberar o paciente, revisar rapidamente o instrumento. Isto dura alguns segundos e melhora muito a qualidade da informação; dado não colhido no momento da aplicação é potencialmente irrecuperável.
11. Após a conferência do instrumento, agradecer ao paciente pela sua participação e colocar-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Lembrar que nova aplicação será necessária num período de 4 a 7 dias com agendamento prévio, para maior confiabilidade do instrumento.

## VI. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

O correto preenchimento do instrumento é fundamental para que os objetivos da pesquisa sejam atingidos. Recomenda-se que sejam respeitadas as instruções deste manual, mantendo-se assim a uniformidade do método e minimizando-se as inconsistências do banco de dados final.

Não serão utilizadas para análise e divulgação, as informações que permitam identificar os participantes do estudo. Assim, serão asseguradas a confidencialidade e a proteção da imagem dos pacientes.

Mesmo o instrumento sendo auto-instrutivo, uma vez que as DEFINIÇÕES OPERACIONAIS informam o que será pontuado em cada categoria de classificação, o mesmo será lido no treinamento a fim de dirimir as dúvidas que porventura apareçam.

A seguir os dados contidos no referido instrumento:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome e endereço

Se primeira ou segunda aplicação do instrumento

NRAD ao qual pertence

Examinador responsável

Data da aplicação do instrumento

Nome e endereço de outro paciente se houver 03 tentativas sem sucesso do anterior

#### ATIVIDADES DOMICILIARES

1. Monitorização e controle clínico
  - 1a) Avaliação clínica do paciente com perfil MODERADO
  - 1b) Avaliação clínica do paciente com Perfil GRAVE
  - 1c) Avaliação de enfermagem
  - 1d) Avaliação fisioterapêutica
  - 1e) Avaliação nutricional
2. Procedimentos terapêuticos
  - 2a) Curativo/desbridamento de úlceras de pressão grau II/III e IV ou múltiplas
  - 2b) Administração de medicamentos e fluidos por via parenteral
  - 2c) Cuidados gerais com sondas, drenos e tubos
  - 2d) Cuidados gerais com traqueostomia
3. Investigações laboratoriais
  - 3a) Passagem de sonda uretral para coleta de urina
  - 3b) Coleta de matéria biológico para exames
4. Mobilização e posicionamento
5. Reabilitação
  - 5a) Sessão de fisioterapia
6. Suporte e cuidado aos familiares, cuidadores e pacientes
  - 6a) Aplica-se a todo paciente, cuidador e familiar, constituindo-se um diferencial da internação domiciliar...
  - 6b) Atenção psicossocial em situações especiais...

#### ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS

- 1a) Atividades comuns aos membros da equipe
- 1b) Atividades específicas do médico
- 1c) Atividades específicas da enfermagem
- 1d) Atividades específicas do nutricionista
- 1e) Atividades específicas do fisioterapeuta

#### VII. BIBLIOGRAFIA

1. Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Capitais, Distrito Federal e municípios selecionados. Manual do Entrevistador. Brasil, setembro de 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manualinquerito.pdf>; acesso em 19.08.2012
2. Questionário de avaliação de impacto do Programa Identidade Digital. Manual. Centro de Políticas sociais. FGV, Nov. 2006. Disponível em [http://www.cps.fgv.br/simulador/midbahia20060906/midba\\_campo/MIDBA\\_Manualdoentrevistador.pdf](http://www.cps.fgv.br/simulador/midbahia20060906/midba_campo/MIDBA_Manualdoentrevistador.pdf); acesso em 19.08.2012
3. Instruções de Aplicação dos Instrumentos WHOQOL (100 E BREVE). Manual. UFRGS. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-manual.html>; acesso em 19.08.2012

## APÊNDICE E – TCLE

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Elaborado conforme a Resolução CSN/MS 196/96)

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “Elaboração e validação de instrumento operacional para o Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal”, sob responsabilidade de Dra. Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB -, autorizando a mesma a utilizar as informações geradas por dados relativos à minha condição clínico-assistencial para produção e divulgação de trabalho científico.

A referida pesquisa tem por objetivos, elaborar e validar instrumento de classificação assistencial dos pacientes do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal para possibilitar a prestação de cuidados de qualidade e de forma oportuna.

Declaro que minha participação é estritamente voluntária. Estou ciente de que as informações geradas por dados relativos à minha condição clínico-assistencial pela aplicação do instrumento de pesquisa pelo examinador credenciado \_\_\_\_\_ para fins desse estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa será esclarecida pela pesquisadora. Será assegurado que em qualquer momento do estudo, os participantes poderão ter acesso aos seus dados e retirar seu consentimento de participação sem nenhum tipo de sanção ou prejuízo à continuidade de seu cuidado.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante ou representante legal/vínculo  
RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora: M<sup>a</sup> Leopoldina de C. V. Bôas  
RG.: 550.574 SSP/AL  
Tel.: (0XX61) 3348-6261  
Tel.: (0xx61) 9216-2120  
[gead.saude.df@gmail.com](mailto:gead.saude.df@gmail.com)

Orientadora: Helena Eri Shimizu  
Profa. Dra. em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.  
Tel.: (0XX61) 3307-2515  
[shimizu@unb.br](mailto:shimizu@unb.br)

## APÊNDICE F - Questionário de Responsividade do Serviço de Atenção Domiciliar da SES-DF

Examinador: \_\_\_\_\_ NRAD: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### BLOCO A

#### I. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

<p><b>1. Sexo</b></p> <p>1.1 Masculino ( )</p> <p>1.2 Feminino ( )</p> <p><b>2. Idade</b> (em anos completos)</p> <p>2.1 10 a 19 anos ( )</p> <p>2.2 20 a 29 anos ( )</p> <p>2.3 30 a 39 anos ( )</p> <p>2.4 40 a 49 anos ( )</p> <p>2.5 50 a 59 anos ( )</p> <p>2.6 60 a 69 anos ( )</p> <p>2.7 70 anos ou mais ( )</p> <p>2.8 Outra idade: _____</p> <p><b>3. Escolaridade</b></p> <p>3.1 Alfabetização de adultos</p> <p>3.2 Graduação/Faculdade completa</p> <p>3.3 Graduação/Faculdade incompleta</p> <p>3.4 Analfabeto ( )</p> <p>3.5 Pós-graduação ( )</p> <p>3.6 Ensino fundamental incompleto ( )</p> <p>3.7 Ensino Fundamental completo ( )</p> <p>3.8 Ensino Médio incompleto ( )</p> <p>3.9 Não respondeu/Não sabe (NR/NS) ( )</p> <p><b>4. Cor ou raça</b></p> <p>4.1 Branco ( )</p> <p>4.2 Pardo ( )</p> <p>4.3 Negro ( )</p> <p>4.4 Amarelo ( )</p> <p>4.5 Índio ( )</p> <p>4.6 NR/NS</p>	<p><b>5. Estado Civil</b></p> <p>5.1 Casado ( )</p> <p>5.2 Amigado/companheiro ( )</p> <p>5.3 Solteiro ( )</p> <p>5.4 Divorciado ( )</p> <p>5.5 Separado ( )</p> <p>5.6 Viúvo ( )</p> <p>5.7 Namorando ( )</p> <p>5.8 NS/NR ( )</p> <p><b>6. Religião</b></p> <p>6.1 Católica ( )</p> <p>6.2 Israelita ( )</p> <p>6.3 Evangélica/protestante ( )</p> <p>6.4 Espírita ( )</p> <p>6.5 Umbanda ( )</p> <p>6.6 Candomblé ( )</p> <p>6.7 Não tem religião ( )</p> <p>6.8 Ateu/não acredita em Deus ( )</p> <p>6.9 NR/NS ( )</p> <p>6.10 Outra religião: _____</p> <p><b>7. Situação ocupacional atual</b></p> <p>7.1 Empregado (assalariado) ( )</p> <p>7.2 Empregador ( )</p> <p>7.3 Autônomo (representante comercial, camelô, dono de van, artesão) ( )</p> <p>7.4 Dona de casa ( )</p> <p>7.5 Aposentado ( )</p> <p>7.6 Estudante ( )</p> <p>7.7 Funcionário público ( )</p>	<p><b>8. Número de pessoas que moram no domicílio do paciente</b> (excluir empregados e locatários)</p> <p>8.1 1 pessoa ( )</p> <p>8.2 2 pessoas ( )</p> <p>8.3 3 pessoas ( )</p> <p>8.4 4 pessoas ( )</p> <p>8.5 5 pessoas ou mais ( )</p> <p><b>9. Valor aproximado da renda mensal</b> (individual)</p> <p>9.1 (em reais): _____</p> <p>9.2 NR/NS</p> <p><b>10. Renda familiar</b> (soma dos salários e outros rendimentos da família) (em reais) _____</p> <p>10.1 Sem rendimento</p> <p>10.2 Até 1 SM (R\$678,00)</p> <p>10.3 2 SM</p> <p>10.4 3SM</p> <p>10.5 4 SM ou mais</p> <p>10.6 NR/NS</p> <p><b>11. Tipo de moradia:</b></p> <p>11.1 casa ( )</p> <p>11.2 apartamento ( )</p> <p>11.3 outro: _____</p> <p><b>12. Beneficiário de programas de transferência de renda como Programa Bolsa Família, e outros?</b></p> <p>12.1 Sim ( )</p> <p>12.2 Não ( )</p> <p>12.3 NR/NS ( )</p> <p><b>13. Possui Plano de Saúde?</b></p> <p>13.1 Sim ( )</p> <p>13.2 Não ( )</p> <p>13.3 NR/NS ( )</p>
--	---	---

4.7 Outro: _____	7.8 Profissional liberal ( ) 7.9 Pensionista ( ) 7.10 Desempregado ( ) 7.11 NR/NS ( )	
------------------	--	--

**BLOCO A****II. CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR**

<p><b>14. Sexo</b></p> <p>14.1 Masculino ( )</p> <p>14.2 Feminino ( )</p> <p><b>15. Idade</b> (em anos completos)</p> <p>15.1 10 a 19 anos ( )</p> <p>15.2 20 a 29 anos ( )</p> <p>15.3 30 a 39 anos ( )</p> <p>15.4 40 a 49 anos ( )</p> <p>15.5 50 a 59 anos ( )</p> <p>15.6 60 a 69 anos ( )</p> <p>15.7 70 anos ou mais ( )</p> <p>15.8 Outra idade: _____</p> <p><b>16. Escolaridade</b></p> <p>16.1 Alfabetização de adultos</p> <p>16.2 Graduação/Faculdade completa</p> <p>16.3 Graduação/Faculdade incompleta</p> <p>16.4 Analfabeto ( )</p> <p>16.5 Pós-graduação ( )</p> <p>16.6 Ensino fundamental incompleto ( )</p> <p>16.7 Ensino Fundamental completo ( )</p> <p>16.8 Ensino Médio incompleto ( )</p> <p>16.9 NR/NS ( )</p> <p><b>17. Cor ou raça</b></p> <p>17.1 Branco ( )</p> <p>17.2 Pardo ( )</p> <p>17.3 Negro ( )</p> <p>17.4 Amarelo ( )</p> <p>17.5 Índio ( )</p>	<p><b>18. Estado Civil</b></p> <p>18.1 Casado ( )</p> <p>18.2 Amigado/companheiro ( )</p> <p>18.3 Solteiro ( )</p> <p>18.4 Divorciado ( )</p> <p>18.5 Separado ( )</p> <p>18.6 Viúvo ( )</p> <p>18.7 Namorando ( )</p> <p>18.8 NR/NS ( )</p> <p><b>19. Religião</b></p> <p>19.1 Católica ( )</p> <p>19.2 Israelita ( )</p> <p>19.3 Evangélica/protestante ( )</p> <p>19.4 Espírita ( )</p> <p>19.5 Umbanda ( )</p> <p>19.6 Candomblé ( )</p> <p>19.7 Não tem religião ( )</p> <p>19.8 Ateu/não acredita em Deus ( )</p> <p>19.9 NR/NS ( )</p> <p>19.10 Outra religião: _____</p> <p><b>20. Situação ocupacional atual</b></p> <p>20.1 Empregado (assalariado) ( )</p> <p>20.2 Empregador ( )</p> <p>20.3 Autônomo (representante comercial, camelô, dono de van, artesão) ( )</p> <p>20.4 Dona de casa ( )</p> <p>20.5 Aposentado ( )</p> <p>20.6 Estudante ( )</p>	<p><b>21. Grau de parentesco com o paciente do qual cuida</b></p> <p>21.1 Filho(a)</p> <p>21.2 Cônjuge (marido/esposa)</p> <p>21.3 Irmão(ã)</p> <p>21.4 Mãe</p> <p>21.5 Pai</p> <p>21.6 Outros: _____</p> <p><b>22. Faz tratamento de doença com a equipe de atenção domiciliar?</b></p> <p>22.1 Sim ( )</p> <p>22.2 Não ( )</p> <p><b>Se não for da família do paciente:</b></p> <p><b>23. Número de pessoas que moram no domicílio do cuidador</b></p> <p>23.1 Sozinho</p> <p>23.2 1 pessoa ( )</p> <p>23.3 2 pessoas ( )</p> <p>23.4 3 pessoas ( )</p> <p>23.5 4 pessoas ( )</p> <p>23.6 5 pessoas ou mais ( )</p> <p><b>24. Valor aproximado da renda mensal</b> (individual)</p> <p>24.1(em reais): _____</p> <p>24.2NR/NS</p> <p><b>25. Renda familiar</b>(em reais) _____</p> <p>25.1 Sem rendimento</p> <p>25.2 Até 1 SM (R\$678,00)</p> <p>25.3 2 SM</p> <p>25.4 3SM</p> <p>25.5 4 SM ou mais</p> <p>25.6 NR/NS</p> <p><b>26. Tipo de moradia:</b></p>
--	---	---



<b>17.6</b> Outro: _____ <b>17.7</b> NR/NS ( )	<b>20.7</b> Funcionário público ( ) <b>20.8</b> Profissional liberal ( ) <b>20.9</b> Pensionista ( ) <b>20.10</b> Desempregado ( ) <b>20.11</b> NR/NS ( )	26.1 casa ( ) 26.2 apartamento ( ) 26.3 outro: _____
---	---	--

**BLOCO A****III. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS**

<p><b>27. Conte para a gente de onde o paciente foi encaminhado para o NRAD</b></p> <p><b>27.1</b> Hospital Regional da SES-DF ( )  <b>27.2</b> Atenção Básica (PSF, CS, PACS) ( )  <b>27.3</b> Urgência (UPA, PA) ( )  <b>27.4</b> Hospital privado ( )  <b>27.5</b> NR/NS ( )  <b>27.6</b> Outro: _____</p> <p><b>28. Ao ser encaminhado para o NRAD, demorou para o(a) Sr(a) ser atendido?</b></p> <p><b>28.1</b> Muito ou pouco? ( )  <b>28.2</b> Demorou muito ( )  <b>28.3</b> Demorou pouco ( )  <b>28.4</b> Não demorou ( )  <b>28.5</b> NR/NS ( )</p> <p><b>29. O(a) Sr(a) diria que ser atendido pelo NRAD pela primeira vez foi um processo:</b></p> <p><b>29.1</b> Muito fácil ( )  <b>29.2</b> Relativamente fácil ( )  <b>29.3</b> Relativamente difícil ( )  <b>29.4</b> Muito difícil ( )  <b>29.5</b> NR/NS* ( )</p> <p><b>Vamos pedir agora que o(a) Sr(a) avalie os profissionais do NRAD.</b></p> <p><b>30. Com que frequência os profissionais listados tratam o(a) Sr(a) com respeito? (colocar o nº correspondente nos parênteses)</b></p>	<p><b>30.1</b> Enfermeiros ( )  <b>30.2</b> Técnicos/auxiliares enfermagem ( )  <b>30.3</b> Médicos ( )  <b>30.4</b> Assistentes sociais ( )  <b>30.5</b> Fisioterapeutas ( )  <b>30.6</b> Psicólogos ( )  <b>30.7</b> Motoristas ( )</p> <p><b>Apenas para as categorias que não tratam sempre com respeito; pode escolher mais de uma opção abaixo:</b></p> <p><b>(1)</b> Não atendeu direito  <b>(2)</b> Tratou com grosseria  <b>(3)</b> Não teve paciência  <b>(4)</b> Não foi competente  <b>(5)</b> NR/NS  <b>(6)</b> NA</p> <p><b>31. O que aconteceu quando não lhe trataram com respeito?</b></p> <p><b>31.1</b> Enfermeiros ( ) ( )  <b>31.2</b> Técnicos/auxiliares enfermagem ( ) ( )  <b>31.3</b> Médicos ( )  <b>31.4</b> Assistentes sociais ( ) ( )  <b>31.5</b> Fisioterapeutas ( ) ( )  <b>31.6</b> Psicólogos ( ) ( )  <b>31.7</b> Motoristas ( ) ( )</p> <p><b>32. Qual a frequência média de visitas do NRAD</b></p>	<p><b>33. De acordo com o estado de saúde da pessoa que o(a) Sr(a) cuida, o número de visitas realizadas pela equipe do NRAD no mês é suficiente para o(a) Sr(a)?</b></p> <p><b>33.1</b> Sim ( )  <b>33.2</b> Não ( )  <b>33.3</b> NR/NS ( )</p> <p><b>Agora vamos perguntar sobre o médico e o enfermeiro que acompanham o paciente (colocar o nº correspondente nos parênteses)</b></p> <p><b>(1)</b> Sempre  <b>(2)</b> Quase sempre  <b>(3)</b> Raramente  <b>(4)</b> Nunca  <b>(5)</b> NR/NS</p> <p><b>34. Por favor responda com que frequência o médico que atende o paciente dá atenção aos problemas relatados? ( )</b></p> <p><b>35. ... explica sobre saúde? ( )</b></p> <p><b>36. ... explica sobre a doença, alternativas de tratamento? ( )</b></p> <p><b>37. ... lhe dá tempo para que você tire suas dúvidas? ( )</b></p> <p><b>38. Por favor responda com que frequência o enfermeiro que atende o paciente dá atenção aos</b></p>
---	--	---

<p>(1) Sempre  (2) Quase sempre  (3) Raramente  (4) Nunca  (5) NR/NS  (6) Não avaliou (NA)</p>	<p><b>ao paciente?</b>  32.1 Diária ( )  32.2 Semanal ( )  32.3 Quinzenal ( )  32.4 Mensal ( )  32.5 Depende da necessidade ( )  32.6 NR/NS ( )  32.7 Outra: _____</p>	<p><u>problemas relatados?</u> ( )  39. ... <u>explica sobre saúde?</u> ( )  40. ... <u>explica sobre a doença, alternativas de tratamento?</u> ( )  41. ... <u>lhe dá tempo para que você tire suas dúvidas?</u> ( )</p>
--	--	---

**BLOCO A****III. AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS**

<p><b>42. O(a) Sr(a) já sentiu que teve problemas em relação aos profissionais do NRAD (colocar o nº correspondente nos parênteses)</b></p> <p>(1) Não  (2) Sim  (3) NR/NS</p> <p><b>42.1</b> Por causa do modo como estava vestido? ( )  <b>42.2</b> Por seu modo de ser? ( )  <b>42.3</b> Por sua cor? ( )  <b>42.4</b> Por sua opção sexual? ( )  <b>42.5</b> Devido à sua idade? ( )  <b>42.6</b> Por sua condição financeira? ( )  <b>42.7</b> Outro: _____</p>	<p><b>As perguntas seguintes são em relação aos profissionais do NRAD em geral.</b></p> <p><b>43. Que confiança o(a) Sr(a) tem de que os profissionais do NRAD guardam a informação pessoal do paciente de maneira que somente pessoas autorizadas tenham acesso?</b></p> <p>43.1 Muita confiança ( )  43.2 Alguma confiança ( )  43.3 Pouca confiança ( )  43.4 Nenhuma confiança ( )  43.5 NR/NS ( )</p>	<p><b>44. Com que frequência o(a) Sr(a) sente vergonha de falar alguma coisa para o médico que atende a pessoa que cuida?</b></p> <p>44.1 Sempre ( )  44.2 Quase sempre ( )  44.3 Raramente ( )  44.4 Nunca ( )  44.5 NR/NS ( )</p> <p><b>45. Com que frequência o(a) Sr(a) sente vergonha de falar alguma coisa para a enfermeira que atende a pessoa que cuida?</b></p> <p>45.1 Sempre ( )  45.2 Quase sempre ( )  45.3 Raramente ( )  45.4 Nunca ( )  45.5 NR/NS ( )</p>
--	--	---

**BLOCO A****IV. AVALIAÇÃO DA AGILIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

<p><b>46. Após admissão do paciente no NRAD, demorou em receber a primeira visita domiciliar? Muito ou pouco?</b></p> <p><b>46.1</b> Demorou muito ( )  <b>46.2</b> Demorou pouco ( )  <b>46.3</b> Não demorou ( )  <b>46.4</b> NR/NS ( )  <b>46.5</b> Quanto tempo? _____</p> <p><b>47. Quando uma visita domiciliar é agendada há o cumprimento desse agendamento?</b></p> <p><b>47.1</b> Sempre ( )  <b>47.2</b> Quase sempre ( )  <b>47.3</b> Raramente ( )  <b>47.4</b> Nunca (se nunca pula a próxima ( )  <b>47.5</b> NR/NS ( )</p>	<p><b>48. Com que frequência o(a) Sr(a) fica esperando por uma visita domiciliar agendada e há um atraso maior que o “normal”?</b></p> <p><b>48.1</b> Sempre ( )  <b>48.2</b> Quase sempre ( )  <b>48.3</b> Raramente ( )  <b>48.4</b> Nunca ( )  <b>48.5</b> NR/NS ( )</p> <p><b>49. Com que frequência há cancelamento de visita domiciliar agendada?</b></p> <p><b>49.1</b> Sempre ( )  <b>49.2</b> Quase sempre ( )  <b>49.3</b> Raramente ( )  <b>49.4</b> Nunca ( )  <b>49.5</b> NR/NS ( )</p>	<p><b>50. Quando isso acontece, os profissionais costumam lhe dar alguma justificativa ou explicação para o atraso/cancelamento?</b></p> <p><b>50.1</b> Sempre ( )  <b>50.2</b> Quase sempre ( )  <b>50.3</b> Raramente ( )  <b>50.4</b> Nunca ( )  <b>50.5</b> NR/NS ( )</p> <p><b>51. Houve necessidade de realização de exames complementares durante o período de atenção domiciliar?</b></p> <p><b>51.1</b> Sim ( )  <b>51.2</b> Não ( )  <b>51.3</b> NR/NS ( )</p>
--	--	--

**BLOCO A****IV. AVALIAÇÃO DA AGILIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

<p><b>52. Se sim, esses exames conseguiram ser realizados?</b></p> <p><b>52.1</b> Sempre ( )  <b>52.2</b> Quase sempre ( )  <b>52.3</b> Raramente ( )  <b>52.4</b> Nunca ( )  <b>52.5</b> NR/NS ( )</p>	<p><b>53. Já houve necessidade de o(a) Sr(a) solicitar atendimento ao NRAD em situações não programadas?</b></p> <p><b>53.1</b> Sim ( )  <b>53.2</b> Não ( )  <b>53.3</b> Nunca houve necessidade ( )  <b>53.4</b> Nunca chamei ( )  <b>53.5</b> NR/NS ( )</p>	<p><b>54. Se sim, houve disponibilidade desse atendimento?</b></p> <p><b>54.1</b> Sempre ( )  <b>54.2</b> Quase sempre ( )  <b>54.3</b> Raramente ( )  <b>54.4</b> Nunca ( )  <b>54.5</b> NR/NS ( )</p>
---	--	---

**BLOCO A****V. INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

<p><b>55. Na sua opinião, conseguir informações no NRAD é:</b></p> <p>55.1 Difícil ( )  55.2 Relativamente difícil ( )  55.3 Relativamente fácil ( )  55.4 Fácil ( )  55.5 NR/NS ( )</p> <p><b>56. Alguma vez o(a) Sr(a) tentou fazer alguma reclamação no NRAD? Conseguiu?</b></p> <p>56.1Tentei e consegui ( )  56.2Não tentei ( )  56.3Tentei e não consegui ( )  56.4NR/NS ( )</p> <p><b>Se não, pular as próximas questões.</b></p> <p><b>57. Como o(a) Sr(a) fez sua reclamação?</b></p> <p>57.1 Caixa de reclamações/sugestões ( )  57.2 Procurou um profissional ( )  57.3 Dirigiu-se ao Hospital/CS ( )  57.4 Mandou carta ( )  57.5 E-mail ou telefone ( )  57.6 NR/NS ( )  57.7 Outros: _____</p>	<p><b>58. O(a) Sr(a) ficou satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com as providências tomadas? Muito ou pouco?</b></p> <p>58.1 Muito satisfeito ( )  58.2 Pouco satisfeito ( )  58.3 Pouco insatisfeito ( )  58.4 Muito insatisfeito ( )  58.5 NR/NS ( )</p> <p><b>59. O(a) Sr(a) recebe informações de como conseguir o medicamento necessário prescrito para o tratamento do paciente que cuida?</b></p> <p>59.1 Sempre ( )  59.2 Quase sempre ( )  59.3 Raramente ( )  59.4 Nunca ( )  59.5 NR/NS ( )</p> <p><b>60. Tem conhecimento da existência do Conselho de Saúde na Regional do domicílio do paciente que o(a) Sr(a) cuida?</b></p> <p>60.1Sim ( )  60.2Não ( )</p>	<p><b>61. Tem conhecimento da existência da Ouvidoria de Saúde na Regional do domicílio do paciente que o(a) Sr(a) cuida?</b></p> <p>61.1 Conhece ( )  61.2 Não conhece ( )  61.3 Não sabe o que é ( )  61.4 NR ( )</p> <p><b>Só para quem conhece a Ouvidoria.</b></p> <p><b>62. Já entrou em contato com a Ouvidoria?</b></p> <p>62.1Tentei e consegui ( )  62.2Não tentei ( )  62.3Tentei e não consegui ( )  62.4NR/NS ( )</p> <p><b>Só para quem entrou em contato com a Ouvidoria.</b></p> <p><b>63. Ficou satisfeito com o retorno?</b></p> <p>63.1 Muito satisfeito ( )  63.2 Pouco satisfeito ( )  63.3 Pouco insatisfeito ( )  63.4 Muito insatisfeito ( )  63.5 NR/NS ( )</p>
--	---	--

**BLOCO A****VI. APOIO SOCIAL**

<p><b>64. O(a) paciente que o(a) Sr(a) cuida usa materiais médico-hospitalares (cama, cadeira de rodas, cadeira de banho, suporte para soro, nebulizador e outros) no domicílio sob termo de empréstimo do NRAD?</b></p> <p>64.1Sim ( )  64.2Não ( )  64.3Nunca precisou  64.4NR/NS</p>	<p><b>65. O(a) Sr(a) já participou de Encontro/Curso de cuidadores promovidos pelos NRAD?</b></p> <p>65.1Sim ( )  65.2Não ( )</p> <p><b>66. O(a) Sr(a) se sente preparado(a) para realizar no domicílio os cuidados no paciente que cuida com as orientações recebidas pela equipe do NRAD?</b></p> <p>66.1 Sim ( )  66.2 Não ( )  66.3 Pouco preparado</p>	<p><b>67. O(a) Sr(a) e/ou a família do paciente teve liberdade de realizar alguma prática religiosa e/ou cultural desde que não interferisse no processo de trabalho/tratamento do paciente?</b></p> <p>67.1Sim ( )  67.2Não ( )  67.3Nunca realizou ( )  67.4NR/NS ( )</p>
---	---	---

	66.4 NR/NS ( )	
--	----------------	--

**BLOCO B****VII. AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA, SATISFAÇÃO E OPINIÕES**

<p><b>68. Dê uma nota de 0 a 10 para o que o(a) Sr(a) esperava da qualidade dos serviços de Atenção Domiciliar quando veio em busca de atendimento para o paciente que cuida:</b></p> <p><b>69. De 0 a 10, o que o(a) Sr(a) esperava da qualidade dos serviços de Atenção Domiciliar antes de obter atendimento para o paciente que cuida?</b></p> <p>69.1 Simpatia e vontade de ajudar dos profissionais _____</p> <p>69.2 Capacidade dos profissionais e conhecimento que eles têm do serviço deles _____</p> <p>69.3 Ausência de falhas ou erros no serviço _____</p> <p>69.4 Facilidade de conseguir o serviço, sem muita complicação _____</p>	<p><b>70. Dentre as características listadas, qual é a mais importante para o(a) Sr(a) ficar satisfeito com a qualidade do serviço de Atenção Domiciliar – por ordem de prioridade (1) (2) (3) (4)</b></p> <p>70.1 Simpatia e vontade de ajudar dos profissionais ( ) _____</p> <p>70.2 Capacidade dos profissionais e conhecimento que eles têm do serviço deles ( ) _____</p> <p>70.3 Ausência de falhas ou erros no serviço ( ) _____</p> <p>70.4 Facilidade de conseguir o serviço, sem muita complicação ( ) _____</p>	<p><b>71. Qual a satisfação do(a) Sr(a) com a qualidade dos serviços prestados?</b></p> <p>71.1 Muito insatisfeito ( ) (5 a 5,9)</p> <p>71.2 Insatisfeito ( ) (6 a 7,9)</p> <p>71.3 Satisfeito ( ) (8 a 8,9)</p> <p>71.4 Muito satisfeito (9 e 10)</p> <p>71.5 NR/NS ( ) _____</p> <p><b>72. Qual a satisfação do(a) Sr(a) com o atendimento dos profissionais?</b></p> <p>72.1 Péssimo/ruim ( ) (menor que 6)</p> <p>72.2 Regular ( ) (6,1 a 7,0)</p> <p>72.3 Bom ( ) (8,0 a 8,9)</p> <p>72.4 Muito bom/ótimo ( ) (9,0 e 10,0)</p>
---	---	---

**BLOCO B****VII. AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA, SATISFAÇÃO**

<p><b>73. Qual a satisfação do(a) Sr(a) com o tempo de espera para receber a primeira visita domiciliar?</b></p> <p>73.1 Péssimo/ruim ( ) (menor que 6)</p> <p>73.2 Regular ( ) (6,1 a 7,0)</p> <p>73.3 Bom ( ) (8,0 a 8,9)</p> <p>73.4 Muito bom/ótimo ( ) (9,0 e 10,0)</p>	<p><b>74. Qual a satisfação do(a) Sr(a) com a facilidade de obter informações?</b></p> <p>74.1 Muito satisfeito ( ) _____</p> <p>74.2 Pouco satisfeito ( ) _____</p> <p>74.3 Pouco insatisfeito ( ) _____</p> <p>74.4 Muito insatisfeito ( ) _____</p> <p>74.5 NR/NS ( ) _____</p>	<p><b>75. O(a) Sr(a) indicaria o serviço do NRAD para alguém, se fosse possível?</b></p> <p>75.1 Sim ( ) _____</p> <p>75.2 Não ( ) _____</p> <p>75.3 NR/NS ( ) _____</p>
--	--	--

**BLOCO B****VIII. OPINIÕES**

**76. Escreva/informe abaixo o que é mais importante para o(a) Sr(a) sentir bem atendido pela equipe do NRAD (mínimo de 3 itens)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8 ANEXOS

### ANEXO A - Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>Projeto Nº</b>  392/2008
	EMENDA A PROJETO	

**I – IDENTIFICAÇÃO**

**Título:** ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO OPERACIONAL PARA O PROGRAMA DE INTERNADO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL.

**Pesquisador responsável:** MARIA LEOPOLTINA DE CASTRO VILLAS BÓAS  
**Data de Entrada no CEP:** 08 DE DEZEMBRO DE 2008.  
**Data de Distribuição:** 20 DE NOVEMBRO DE 2012.

**II – INTRODUÇÃO: MOTIVO(S) DA EMENDA**

Solicitação de prorrogação por mais um ano da pesquisa, por se tratar de uma pesquisa para tese de doutorado na Faculdade de Brasília – UnB, com o intuito de aperfeiçoar a metodologia e validação do instrumento, com aplicação de testes estatísticos.

**Prazo de validade:** 26/11/12 a 26/11/2013 e emissão do relatório final.

**III – PARECER DO CEP FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E COMPLEMENTARES**

A emenda não fere os princípios da Resolução.

**IV – CONCLUSÃO:** Emenda aprovada relatada em reunião do colegiado na presente data.

Brasília, 26 de dezembro de 2012.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Coordenadora CEP/SES-DF

## ANEXO B

Escala do grau de dependência de Cascavel/PR (2007)

<b>1- CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
INDEPENDENTE	0
PARCIALMENTE DEPENDENTE	2
DEPENDENTE	5
<b>2-CUIDADOS DE REABILITAÇÃO/FISIOTERAPIA</b>	
INDEPENDENTE	0
2 SESSÕES SEMANAIS	2
1 OU MAIS SESSÕES DIÁRIAS	5
<b>3- TERAPIA NUTRICIONAL</b>	
SUPLEMENTO ORAL	1
GASTROSTOMIA	2
SONDA NASOENTERAL	3
JEJUNOILEOSTOMIA	3
PARENTERAL	5
<b>4 – QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR</b>	
ORAL	1
SUBCUTÂNEA	19
INTRAVENOSA	19
<b>5 – SUPORTE VENTILATÓRIO</b>	
O2 INTERMITENTE OU NEBULIZAÇÃO	3
O2 CONTÍNUO	5
<b>6 – OUTROS APOIOS TERAPÊUTICOS</b>	
SONDA VISICAL	1
TRAQUEOSTOMIA SEM SECREÇÃO	2
TRAQUEOSTOMIA HIPERSECRETIVA	19
ACESSO VENOSO CONTINUO	19
ACESSO VENOSO INTERMITENTE	19
<b>7- LESÃO VASCULAR CUTÂNEA</b>	
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU I	1
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU II	2
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU III	5
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU IV	19

**RESULTADOS:**

**8 A 12 PONTOS** = BAIXA COMPLEXIDADE.= ACOMPANHAMENTO

**13 A 18 PONTOS**= MÉDIA COMPLEXIDADE= ASSISTENCIA DOMICILIAR

**19 PONTOS** = ALTA COMPLEXIDADE = INTERNAMENTO DOMICILIAR

Fonte: PAID – Programa de Assistência e Internação Domiciliar de Cascavel - PR



## ANEXO C

### CONCEITOS - CHAVES DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS NO PDR

- **Módulo Assistencial** □ módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), contempla ações de saúde coletiva–vigilância sanitária e vigilância epidemiológica básicas. Com área de abrangência mínima a ser definida para cada UF. 1º nível de referência, conforme a NOAS.
- **Região de Saúde** □ base territorial de planejamento, pode compreender um ou mais módulos assistenciais. Nível de complexidade imediatamente acima do módulo assistencial **Agrega maior complexidade e resolubilidade (conjunto de serviços de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade assistencial,-dentre outros - de cardiologia e serviço especializado como Saúde Mental).**
- **Pólo Referência Distrital: Regiões Centro Norte e Centro Sul** □ apresentam maior densidade tecnológica e de pesquisa; oferecendo demais serviços de média complexidade; um conjunto abrangente de serviços de alta complexidade (Ex: TRS, oncologia, leitos de UTI, etc.); serviços especializados e ações de saúde coletiva – vigilância sanitária e epidemiológica – que exijam uma alta capacidade técnica. (Exemplos de unidades que ofertam serviços de referência: HBDF, HRAN, H. APOIO, HRAS, COMPP, LACEN, FHB e FEPECS).