

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **O impacto de um Plano de Assistência Individual na Internação Domiciliar**

Herventon Dias Moraes

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor PhD Nuno Crespo

ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020

# iscte

**BUSINESS  
SCHOOL**

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

## **O impacto de um Plano de Assistência Individual na Internação Domiciliar**

Herventon Dias Moraes

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor PhD Nuno Crespo, Departamento de Economia

Outubro, 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me permitido a vida e todas as possibilidades de aprendizados.

Deixo meus sinceros agradecimentos a minha esposa, filha, sogra e parentes por terem me apoiado nas minhas ausências em diversos momentos para pesquisas, leituras e para a descrição da minha dissertação. Todos sabem o quanto este projeto é especial para mim.

Também manifesto meu agradecimento a duas amigas que me ajudaram a focar e me orientaram durante o desenvolvimento da dissertação: Audrey Reis e Livia Victorino: muito obrigado.

Por fim, mas não menos importante, ao meu orientador que não mediu esforços para que juntos conseguíssemos desenvolver o trabalho de forma primorosa.

## RESUMO

O *Home Care* surgiu como estratégia de cuidado motivada por diversas preocupações: desospitalização, redução de custos, de infecções hospitalares e humanização do cuidado centrado no paciente. Essa necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde decorreu das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, no Brasil e no mundo. Este contexto nos leva à estruturação de um mercado de oportunidades profissionais mais amplo e a necessidade de um plano de cuidado individualizado para melhor desfecho clínico a partir de metas. Esse estudo teve como objetivo verificar os efeitos da implementação de um plano de assistência individualizado na internação domiciliar e seu impacto nas taxas de infecção, hospitalização e satisfação dos pacientes. A pesquisa teve como base dados clínicos e funcionais de pacientes da empresa Hospitalar ATS, se utilizou da pesquisa de satisfação *Net Promoter Score*. A relevância desta pesquisa é demonstrar a importância do cuidado individualizado na obtenção de ótimos desfechos clínicos, tornando a internação domiciliar uma modalidade sustentável para o setor privado. O resultado ao final deste estudo demonstrou que após a implementação do plano de assistência individual na internação domiciliar, ocorreu melhora na gestão com redução da complexidade do cuidado a partir da utilização do Núcleo de Nacional de Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, reduziu as taxas de hospitalização, infecção e aumentou o nível de satisfação dos usuários. Novos estudos deverão ser realizados para comprovação do impacto deste modelo sobre a taxa de infecção e hospitalização pois, apesar de ter sido reduzida, não se mostrou estatisticamente relevante.

**Palavra-chave:** Atendimento domiciliar; Cuidado centrado no paciente; Hospital em Casa; Equipe multidisciplinar; Gestão, Satisfação.

## ABSTRACT

Home Care emerged as a care strategy motivated by several concerns: dehospitalization, cost reduction, hospital infections and humanization of patient-centered care. This need to adapt the health care model resulted from changes in the demographic and epidemiological profile, in Brazil and worldwide. This context leads us to the structuring of a broader market of professional opportunities and the need for an individualized care plan for better clinical outcome based on goals. This study aimed to verify the effects of implementing an individualized care plan for home care and its impact on rates of infection, hospitalization and patient satisfaction. The research was based on clinical and functional data from patients from the company Hospitalar ATS, using the Net Promoter Score satisfaction survey. The relevance of this research is to demonstrate the importance of individualized care in obtaining excellent clinical outcomes, making home care a sustainable modality for the private sector. The result at the end of this study demonstrated that after the implementation of the individual assistance plan for home care, there was an improvement in management with a reduction in the complexity of care from the use of the National Center of Home Care Services Companies, reduced the rates of hospitalization, infection and increased user satisfaction. Further studies should be carried out to prove the impact of this model on the rate of infection and hospitalization because, despite having been reduced, it was not shown to be statistically relevant.

**Keyword:** Home care; Patient-centered care; Home Hospital; Multidisciplinary team; Management, Satisfaction.

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1- ASPECTOS GERAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR (<i>Home Care</i>)</b> .....	5
1.1 Conceito .....	5
1.2 Contexto histórico .....	6
1.3 Atenção domiciliar tradicional.....	8
<b>CAPÍTULO 2 – GESTÃO DO CUIDADO</b> .....	11
2.1 Definição de Gestão e regime de metas .....	11
2.2 Gestão em saúde – Gestão do Cuidado.....	12
2.3 Assistência individual na internação domiciliar ( <i>Gestão do Cuidado</i> ) .....	13
2.3.1 <i>Indicação</i> .....	14
2.3.2 <i>Elegibilidade</i> .....	14
2.3.3 <i>Crterios técnicos para indicação imediata de internação domiciliar</i> .....	15
2.3.4 <i>Solicitação médica</i> .....	16
2.3.5 <i>Plano de assistência Individual na Internação Domiciliar (Gestão do Cuidado)</i> .....	16
2.3.6 <i>Implantação Domiciliar</i> .....	18
2.3.7 <i>Visitas domiciliares – Acompanhamento do paciente em internação domiciliar</i> .....	18
<b>CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	19
3.1 Desenho do estudo .....	19
3.2 Amostra.....	19
3.3 Embasamento teórico.....	19
3.4 Análise do banco de dados e avaliação do impacto do Plano de Assistência Individual na Internação Domiciliar .....	20
3.5 Análise estatística .....	25
<b>CAPÍTULO 4 - RESULTADOS</b> .....	26
<b>CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Aspectos clínicos dos pacientes com atendimento home care em internação domiciliar de março a agosto de 2019.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 2 - Análise da associação entre hospitalização e características clínicas de pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 3 - Análise da associação entre infecção e características clínicas de pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de</b>	<b>28</b>
<b>.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 4 – Aspectos nutricionais dos pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 5- Classificação do diagnóstico clínico, através do Código Internacional de Doenças, dos pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019</b>	<b>31</b>
<b>.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 6 - Associação do entre desfechos clínicos com Plano de Assistência Individual em pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 7- Associação entre infecção e hospitalização com Plano de Assistência Individual, dos pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.....</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 8 – Número de infecções no 1º período de acordo com a classificação NEAD, de pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.....</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 9 – Número de infecções no 1º período de acordo com a classificação NEAD, de pacientes com atendimento home care em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019</b>	<b>34</b>
<b>.....</b>	<b>34</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AD- Atenção Domiciliar**

**ADS - Atenção Domiciliar em Saúde**

**ABEMID - Associação das Empresas de Medicina Domiciliar**

**ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária**

**CID-10 - Código Internacional de Doenças**

**COVID -19 – Corona Virus Disease**

**CP- Classificação do Paciente**

**ENCONSAD- Encontros Nacionais de Serviços de Atenção Domiciliar**

**FGV – Fundação Getulio Vargas**

**FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas**

**ID - Internação Domiciliar**

**IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**

**NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar**

**NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar**

**NHS - National Health Service**

**NPS - Net Promoter Score**

**PAD – Plano de Atendimento Domiciliar**

**RDC – Resolução da Diretoria Colegiada**

**SIBRAD- Simpósio Brasileiro de Atenção Domiciliar**

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1- Infográfico <i>Net Promoter Score</i>.....</b>	<b>32</b>
---	-----------

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1 - Dos produtos de internação domiciliar da amostra .....</b>	<b>30</b>
---	-----------



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma tendência mundial, observada de forma acentuada nos países em desenvolvimento, mas ainda menor que nos países desenvolvidos. Essa transição demográfica deve-se principalmente ao aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade. Estima-se que em 2025, no Brasil, os idosos atingirão o número de 33,4 milhões, passando a ocupar a quinta posição entre os países com maior número absoluto de indivíduos com 60 anos de idade ou mais (Del Duca, Martinez & Bastos, 2012).

Dentre as diversas mudanças acarretadas pelo envelhecimento da população, vemos o perfil de saúde ser profundamente afetado. A incidência de doenças crônicas não transmissíveis, quedas e incapacidade funcional são diretamente proporcionais ao avanço da idade. Isso impede em muitos casos a total independência e autonomia do idoso, fazendo com que necessitem, em alguns casos, de cuidados periódicos em seu domicílio com a supervisão constante de um familiar, ou mesmo de um profissional capacitado (Lima-Costa *et al.*, 2003; Siqueira *et al.* 2007).

As instituições financeiras ou prestadores de serviços de saúde no âmbito público ou privado têm se preocupado com o crescimento dos custos dos serviços, principalmente os hospitalares. Entre outros motivos, este aumento decorre da incorporação de novas tecnologias assistenciais e do envelhecimento da população, o que aumenta a demanda por maior complexidade (Rehem & Trad, 2005).

Mediante estas questões, tem se buscado alternativas no nível de assistência ambulatorial e na Atenção Domiciliar (AD) ou *Home Care*. Estas estratégias visam otimizar o tratamento como um todo, a partir da redução do atendimento hospitalar e do tempo de permanência da hospitalização. Assim, a AD tem surgido como uma modalidade alternativa de atenção à saúde, estando mais consolidada em alguns países desenvolvidos (Rehem & Trad, 2005).

Ainda, este modelo promove a humanização do cuidado, a desinstitucionalização, o aumento da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida dos pacientes, além de reabilitar, educar e dar apoio social e emocional ao paciente e sua família, na lógica da integralidade do cuidado e da equipe (Ministério da Saúde, 2016; Mendes, 2001).

Em busca da sustentabilidade do setor de saúde, a AD é tendência mundial. No Brasil, Malagutti *et al.* (2012) demonstraram que essa opção de tratamento vem ganhando destaque nos últimos anos. Mas, apesar de registros antigos, no Brasil, apenas em 2006, por meio da

Resolução da Diretoria Colegiada número 11 (RDC 11), foi definido pela ANVISA o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam AD, caracterizado como termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, e reabilitação desenvolvidas em domicílio (Ministério da Saúde, 2006).

Embora este modelo de cuidado em casa tenha sido implementado há alguns anos, como uma alternativa para a desospitalização e humanização do atendimento dos pacientes próximo aos seus familiares, poucos foram os avanços no modelo de gestão, acompanhamento e de desfechos clínicos. Observa-se evolução em relação aos equipamentos, terapêuticas e algumas práticas clínicas na condução do tratamento. No entanto, esse progresso se dá sem a organização, a curto e longo prazo com a intervenção nesses pacientes, mas sem planejamento estruturado relacionado a gestão financeira.

Atualmente, a prática de mercado é a remuneração por *fee-for-service*. Este sistema baseia-se no modelo de produtividade relacionado à quantidade de serviços realizados, e não leva em consideração sua qualidade e resultado assistencial de uma forma em geral. Assim, torna o sistema insustentável ao longo do tempo, e ainda remunera todos os prestadores da mesma forma, independente do seu resultado.

Ao compararmos os custos de seguradoras e planos de saúde, observou-se que as reduções de custos em determinadas doenças podem atingir valores reduzidos entre 20% e 60%, em relação aos custos hospitalares da mesma enfermidade. Assim, a decisão dos planos de saúde de entrar neste segmento se responsabilizando financeiramente pelas despesas tornou o *home care* uma alternativa realista e definitiva. Atualmente, a maioria das seguradoras e planos de saúde cobrem quase integralmente os custos de Internação Domiciliar. O raciocínio que se segue é que o *home care* ao reduzir os custos para as seguradoras e planos de saúde, estas poderiam até repassá-los para seus clientes ou no mínimo não reajustar suas mensalidades com frequência e o quantitativo que costumam fazer (Falcão, 1999).

A internação domiciliar é vista como uma excelente alternativa no desejo pela contínua busca de redução dos custos na área de saúde. É bom para o paciente porque ele é tratado no seu habitat natural, com atendimento personalizado. É bom para a família que não precisa se desestruturar com deslocamentos complicados, estacionamentos, engarrafamentos, eventuais faltas ao trabalho (com a manutenção do emprego) e, é gratificante ver seu parente sendo acompanhado por equipes de profissionais dentro da sua própria casa e o mais significativo, sem ônus financeiro para a família. E, com uma vantagem enorme, com menor probabilidade do paciente em contrair uma infecção hospitalar (Falcão, 1999).

Entretanto, é fato que os recursos são escassos e finitos. É essencial ter modelos de atenção de cuidado ao paciente em internação domiciliar, com um plano de assistência individualizado que busque reduzir os riscos de rehospitalização, de infecção, que aumente a satisfação do usuário com o serviço, tornando este produto uma alternativa para o sistema de saúde, garantindo acima de tudo a gestão da qualidade e segurança para todos os envolvidos neste segmento.

Está claro na literatura que a assistência domiciliar deve ser administrada de maneira adequada e otimizada pelo desempenho técnico da equipe e pela participação efetiva do paciente e seus familiares para atingir as metas terapêuticas (Vaartio-Rajalin & Fagerström, 2019). Porém, até o momento verificamos na literatura poucos modelos para a AD que descreva um protocolo por paciente baseado em metas com um tempo de permanência preestabelecido para que o atendimento tenha começo, meio e fim. Na saúde suplementar nos deparamos apenas com a RDC 11 e o NEAD como parâmetro em relação aos cuidados domiciliares, e que não estabelece o desfecho por metas a curto e longo prazo, sendo este um fator com grande influência para se alcançar os objetivos pretendidos (Morris, Berg, Howard, Jonsson, & Craig, 2019).

Assim, fica evidente a importância de se criar um modelo específico de plano de assistência individual na internação domiciliar a partir de metas. Com este modelo, será possível estabelecer maior previsibilidade na gestão dos pacientes em internação domiciliar e propor uma prática mais efetiva e sustentável para a modalidade e para o sistema de saúde, com melhor prognóstico para o paciente.

A partir do exposto, e considerando a importância de enriquecer a literatura científica relacionada aos modelos de assistência domiciliar baseado na definição de metas para um melhor desfecho clínico e a satisfação do usuário na Gestão do Cuidado.

O Objetivo geral desse trabalho é avaliar o efeito do plano de assistência individual na internação domiciliar comparado com o modelo de internação tradicional. Como objetivos específicos espera-se:

- a) Avaliar se após a implantação do plano de assistência individual na internação domiciliar ocorreu melhora no desfecho clínico na hospitalização e na infecção domiciliar;
- b) Mensurar o efeito do plano de assistência individual na internação domiciliar para a satisfação do usuário.

Essa dissertação foi dividida em seis capítulos. Iniciamos pelos aspectos introdutórios, com a delimitação dos objetivos gerais e específicos. Posteriormente, seguimos com o Capítulo 1 sobre os aspectos conceituais da atenção domiciliar, um breve contexto histórico, além do processo que se inicia pela solicitação do médico para a internação domiciliar, até a implantação do plano de assistência individual para o paciente em internação domiciliar. No capítulo 2, apresentaremos os impactos da gestão de saúde sobre o plano de cuidado do paciente em internação e seus reflexos diretos com o desfecho clínico a partir de metas bem planejadas.

No capítulo 3, abordaremos o tipo de pesquisa, a população, o embasamento teórico, métodos utilizados e a análise estatística e seguiremos para o capítulo 4 onde demonstraremos os resultados dos impactos da implantação de um plano de assistência individual realizado aos pacientes quando comparados o primeiro período (março, abril, maio/2019) com o segundo período (junho, julho, agosto/2019).

No capítulo 5, faremos a discussão dos resultados encontrados na pesquisa com a revisão bibliográfica e por fim, chegaremos no capítulo 6 que se refere a conclusão, trazendo o resultado da hipótese inicial da nossa pesquisa, incluindo as limitações encontradas e eventuais necessidades de investigações futuras.

## CAPÍTULO 1- ASPECTOS GERAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR (*Home Care*)

### 1.1 Conceito

Walter Mendes comenta sobre o uso do termo *Home Care* e sua tradução como cuidados de saúde em domicílio:

Conceituar *Home Care* exige, em primeiro lugar, traduzir o termo para a língua portuguesa. *Home Health Care* é uma expressão mais precisa, mas pouco encontrada na língua inglesa. A abreviação *Home Care* está consagrada na maioria dos textos pesquisados. A palavra “cuidado”, no Brasil é usada para descrever atenção de pessoa (s) para com outra(s), seja de familiares, vizinhos, amigos ou profissionais de saúde. Mais raramente, é utilizada para descrever uma intervenção médica. (Mendes, 2001, p.40).

Nas palavras de Floriani e Schramm (2004, p.75):

...o conceito de assistência domiciliar (*Home Care*) ganha traços pontuais como: o termo Atenção domiciliar é aqui empregado no sentido amplo de *home care*, compreendendo uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Estes serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com lesões por pressão e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, antibioteicoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. Também estão incluídos neste conceito o chamado suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte) e a realização de tarefas externas, como ida a um banco ou uma farmácia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde:

Para o sistema americano, a atenção domiciliar à saúde pode ser compreendida como “*home healthcare*”, sendo o cuidado à saúde proporcionado às pessoas no próprio domicílio de forma apropriada e de alta qualidade, com relação ao custo-benefício compatível com a vida dos indivíduos, que devem manter sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida. (World Health Organization, 1999).

## 1.2 Contexto histórico

As mais remotas referências em medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a. C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio (Amaral, *et. al.*, 2001).

Em 1796, o Atendimento Domiciliar em Saúde (ADS), ou *Home Care*, começou a ser introduzido, primeiramente prestando cuidados aos pobres e enfermos, nos Estados Unidos da América (EUA), objetivando o tratamento destes pacientes em casa, ao invés de hospitalizá-los. Nesta época, o hospital ainda era considerado um local insalubre, onde os acometidos por pestes e os pobres aguardavam a morte (Sampaio & Imai, 2012).

A primeira referência da forma organizada da ADS foi no Dispensário de Boston, em 1850 - hoje denominado de *New England Medical Center*. Liderado por Lillian Wald, o qual foi criado em 1850 o programa que mais tarde denominou-se *Public Health Nurse*, ou seja, Enfermeira da Saúde Pública (Monk -Tutor, 1998).

O *Home Care*, nos EUA, começou a ser visto pelos planos de saúde como uma forma de reduzir custos com seus usuários. Assim, no período de 1970 a 1985 muitas outras empresas de *Home Care* foram abertas e, em 1982 foi fundada a Associação Nacional para *Home Care*. Esta associação objetivava defender os interesses das empresas credenciadas. Observou-se também que quanto menos dias os pacientes permaneciam internados, mais os serviços de *Home Care* eram utilizados pela população. O conhecimento frente ao *Home Care* neste período também aumentou muito por parte da população (Amaral, *et. al.*, 2001).

O primeiro sistema de atendimento domiciliar no Brasil foi criado no Hospital Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo o objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. (Amaral, *et. al.*, 2001).

Em 1990, é aprovada a Lei 8.080, em 19 de setembro, que trata das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde da população, como também a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, dando outras providências e regulamentando a assistência domiciliar no Brasil para o Sistema Único de Saúde (Sampaio & Imai, 2012).

No ano de 1994 foi criada a Fundação de *Home Care* pela Volkswagen no Brasil e em 1995 foi fundada a Associação das empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID. A partir de

1995, as operadoras de planos de saúde descobrem o potencial da assistência domiciliar como forma de gestão em saúde (Sarmiento, 2005).

Um ano depois, em 1996, constituiu-se o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital de Clínicas de São Paulo.

Apenas em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a Consulta Pública número 81, de 10 de outubro de 2003, relacionada com a prática da assistência domiciliar no Brasil. No mesmo ano, a ANVISA publica a resolução RDC n. 11, que estipula as regras para o funcionamento de serviços de saúde que prestam atendimento domiciliar (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2003, um grupo de profissionais envolvidos com a prestação de serviços domiciliar em saúde fundou o NEAD, para unir não apenas as associadas, como também todas as entidades e colaboradores interessados no fortalecimento e aprimoramento da modalidade.

Desde então, a atenção domiciliar no Brasil tem crescido muito no setor privado. No período entre os anos de 2012 e 2018, o número de empresas de assistência domiciliar que passou de 18 empresas em julho de 2012 para 676, em junho de 2018 de acordo com o Censo realizado pelo NEAD e a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE).

A oferta adequada de estrutura para a continuidade de cuidados pode tanto evitar internações hospitalares, quanto abreviar a saída hospitalar, reduzir custos, proporcionar mais qualidade de vida e segurança para o paciente e família, além de reduzir os crescentes casos de judicialização. E mais, o domicílio com a incorporação de novas tecnologias, equipamentos, logística para suprimentos de materiais, medicamentos, equipe multiprofissional, centrais de atendimentos 24 horas, sistemas de informação, telemedicina e telemonitoramento, dentre outros avanços e racionalidade no cuidar, vem se tornando local efetivo e racional para a assistência a pacientes clinicamente estáveis, porém portadores de diferentes graus de dependências de cuidados técnicos continuados (Ribeiro *et al.* 2019).

Em relação à internação domiciliar (ID), Hutten *et al.* (1996), Cruz *et al.* (1999) e Ribeiro *et al.* (2017), haviam conceituado a modalidade como uma forma de assistência baseado no suporte de cuidados multiprofissionais domiciliares aos pacientes portadores de patologias mais complexas para substituição da hospitalização.

De acordo com estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a população brasileira ultrapassou os 70 milhões de pessoas, em 1991 tínhamos sete milhões de brasileiros com mais de 65 anos. Em 2010, já contávamos com 14 milhões de brasileiros com mais de 65 anos e a previsão para 2025 é atingirmos 24 milhões de pessoas que tenham mais de 65 anos, representando 11% da população brasileira (IBGE, 2020).

Neste contexto, o perfil de adoecimento da população muda radicalmente, uma vez que a doença crônica acarreta maior disfunção orgânica, leva à dependência, aumento o risco de eventos inesperados, como quedas e a taxa de utilização dos serviços de saúde (Biscione *et al.*, 2013).

Por fim, todo o conteúdo teórico desta dissertação, foi baseado na saúde suplementar para a atenção domiciliar e não no sistema público no modelo do Programa Melhor em Casa.

### **1.3 Atenção domiciliar tradicional**

O plano de Atenção Domiciliar Tradicional na saúde suplementar é baseado na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006 que contempla um conjunto de medidas que dispõe sobre o regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam atenção domiciliar e orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde a sua admissão até a alta, conforme descrição na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006 (Ministério da Saúde, 2006).

Na RDC 11 (Ministério da Saúde, 2006), dispõe também sobre requisitos mínimos de segurança e funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar. Sobre as questões administrativas, também descreve sobre órgão de vigilância sanitária, sobre as técnicas adequadas de gerenciamento da atenção domiciliar e sua fiscalização, além da necessidade da Instituição possuir:

- a) Alvará de Saúde;
- b) Responsável técnico de nível superior da área da saúde;
- c) Regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam o funcionamento;
- d) Manual de e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especialidade de assistência prestada.

A RDC 11 (Ministério da Saúde, 2006), também traz as principais definições sobre os conceitos da atenção domiciliar:

- a) Admissão em atenção domiciliar: caracterizado pelas etapas de indicação, elaboração do plano de atenção domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar;

- b) Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável ou óbito;
- c) Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio;
- d) Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio;
- e) Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades de vida diária;
- f) Equipe multiprofissional: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- g) Internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizada pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.
- h) Plano de atenção domiciliar: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde a sua admissão até a alta.
- i) Tempo de permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

A partir deste ponto, a RDC 11 (Ministério da Saúde, 2006), inicia descrevendo o Plano de Atendimento Domiciliar (PAD), que deve contemplar:

- a) Prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;
- b) Requisitos da infraestrutura domiciliar do paciente, necessidades de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades profissionais e logística de atendimento;
- c) Tempo estimado de permanência do paciente na atenção domiciliar considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado dos profissionais;
- d) Também traz que os profissionais deverão elaborar relatórios de evolução e acompanhamento;

- e) Menciona que o PAD deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e gravidade do caso;
- f) E por fim, que os registros dos pacientes deverão ser mantidos em prontuário para as atividades realizadas desde a admissão até a alta ou óbito;
- g) Sobre a guarda e fornecimento da cópia integral do prontuário se solicitado pelo responsável legal;
- h) O prestador de serviço deve promover todos os recursos necessários de acordo com o PAD do paciente e possuir um sistema de retaguarda para urgência.
- i) Como critério de inclusão para a internação domiciliar, o paciente precisa contar com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso para veículo e ambiente com janela no quarto, respeitando dimensões mínimas para um leito.
- j) Acrescenta que o serviço de atenção domiciliar deve contar com um Programa de controle de infecções e eventos adversos visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.
- k) Garantir o serviço de remoção para retorno à internação domiciliar nos casos de urgência.

Ao analisarmos a RDC 11, uma série de questões norteadoras surgem, por exemplo:

- a) Qual o critério de elegibilidade para atenção domiciliar ou internação domiciliar?
- b) Através de quais protocolos técnicos ou instrumentos deveremos utilizar para medir desfecho e conseguirmos realizar a alta do paciente?
- c) Qual o comportamento social das famílias frente ao desmame e da própria operadora de saúde?
- d) Como poderemos nos resguardar, se o serviço de atenção domiciliar não é regulamentado no Brasil, assim como possuímos a Agência Nacional de Saúde para regular toda a saúde suplementar (Operadoras de Saúde)?

Por todas estas questões, percebemos que era preciso recorrer a outros modelos e bases teóricas para nos nortear de forma mais objetiva para conseguirmos alcançar o melhor desfecho clínico, a partir de um plano de assistência individual ao paciente.

## **CAPÍTULO 2 – GESTÃO DO CUIDADO**

As questões pontuadas no capítulo anterior nos levam a pensar que falta para o plano de assistência domiciliar, melhor administração a respeito das definições do tratamento para cada paciente e em relação as questões financeiras para o contratante, seja ele pessoa física ou a operadora de saúde. Portanto, o estabelecimento da gestão planejada voltada para assistência domiciliar pode minimizar ou mesmo extinguir certos problemas observados atualmente na implementação e andamento de um plano de assistência domiciliar.

### **2.1 Definição de Gestão e regime de metas**

Gestão nada mais é do que o ato de gerenciar recursos, sejam eles humanos, materiais, financeiros etc. (Dicionário financeiro, 2020). Os três pilares da gestão são: planejamento, organização e controle (Dicionário financeiro, 2020). Existem diversas áreas de gestão, dentre as quais podemos citar: gestão de pessoas, financeira, gestão de qualidade, de processos, de projetos, gestão de tecnologia (Ribeiro, Martins e Santos Neta, 2017). Na gestão de qualidade, um planejamento é definido a partir de protocolos de controle de qualidade, rastreabilidade de dados e avaliações do desempenho que envolvem os profissionais, a satisfação do cliente e os resultados obtidos (Fundação Getulio Vargas [FGV], 2020). Para Gilmore (como citado em FGV, 2020 p. 16) “A qualidade é o grau com o qual um produto específico atende às necessidades dos consumidores específicos”.

Nesse sentido, uma das estratégias para se alcançar e controlar os resultados pretendidos durante a gestão de qualidade é o estabelecimento do regime de metas. A definição de metas leva em consideração o objetivo final, os prazos e os recursos disponíveis. Além disso, trabalha diretamente com a motivação e conduta ética dos colaboradores envolvidos. O planejamento baseado em metas, é um dos pontos essenciais para que se alcance melhores resultados (Oliveira, 2007). Outra questão importante no regime de metas é saber definir metas alcançáveis. Diversos estudos mostram que a implementação do sistema de metas a curto e longo prazo no planejamento de uma gestão é muito eficiente para atingir objetivos determinados e atuar no esquema de redução de danos (Oliveira, 2007; Ribeiro, Martins & Santos Neta, 2017; FGV, 2020).

As metas, assim como os objetivos, são importantes para o planejamento estratégico, pois, estabelecem prazos, qualificam e mensuram os resultados. Além disso, as metas propõem

desafios para o planejamento estratégico, elevando a maturidade de gestão e fornecendo oportunidades de renovação constante do negócio. Assim, as metas sugerem parâmetros para a construção do planejamento estratégico (Amaral *et al.*, 2001)

## **2.2 Gestão em saúde – Gestão do Cuidado**

A respeito da gestão em saúde e do entendimento dos serviços de saúde como empreendimento, Pessoa *et al.* (2020) descrevem:

A demanda por serviços que entregam valor e qualidade aos clientes tem crescido nos últimos tempos, o que faz com que as organizações de Saúde se cerquem de estratégias voltadas para a manutenção e evolução do negócio. Assim, o planejamento em Saúde tem como espinha dorsal a definição de objetivos e estabelecer metas que permitam acompanhar a evolução dos resultados, com uma visão voltada para a tomada de ação que traga a melhoria da entrega dos serviços e resultados.

Apesar da clara importância da gestão planejada na área da saúde, no Brasil, a preocupação da implementação de uma gestão eficiente surgiu a pouco tempo, nas últimas décadas. Além disso, o número de profissionais com conhecimento na área para definir os planos de gestão em saúde, é muito pequeno. No entanto, esta é uma área que vem ganhando espaço (Lorenzetti *et al.*, 2014). A gestão em saúde, baseia-se nos princípios da gestão de qualidade adaptando esse conceito para o contexto adequado na saúde. Assim, de acordo com Cecílio (2009):

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.

Na gestão em saúde, são considerados a segurança, saúde e bem-estar do paciente. Mais especificamente, cita-se a gestão do cuidado. Ou seja, não apenas planejar o tratamento adequado como fazer a gestão individualizada, considerando a evolução do paciente, buscando o melhor prognóstico e otimização dos custos desses paciente (Lorenzetti *et al.*, 2014). Torna-se importante ressaltar que a gestão em saúde, vai muito além do gerenciamento de uma instituição. Pois,

A não utilização dos recursos de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis... Neste sentido, os serviços de saúde devem ser orientados na perspectiva de um sistema de cuidados.... Parece que o desafio maior da gestão em saúde está em construir ou reconstruir os serviços de saúde, para que venham a ser efetivamente centrados nas pessoas, grupos ou comunidades com necessidades de saúde. Para tanto, faz-se necessário uma ampla renovação da concepção e prática da gestão atual em saúde (Lorenzetti *et al.*, 2014, p. 423).

É válido ressaltar o conceito de cuidado, para voltarmos a atenção ao que é essencial no trato com o paciente.

Prestar atenção global e continuada ao paciente, nunca esquecendo que este é antes de tudo uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim, este é o centro da atenção de quem presta cuidados e, por isso, todos os aspectos, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência (Fracolli & Zoboli, 2011, p 767).

A partir do exposto, considerando que algumas falhas ainda são identificadas no plano de assistência domiciliar tradicional e, sabendo da eficácia da implantação de um modelo de gestão baseado em metas, foi proposto um modelo de plano de assistência individualizado fundamentado na definição de metas a curto, médio e longo prazo, conforme está descrito no item abaixo.

### **2.3 Assistência individual na internação domiciliar (*Gestão do Cuidado*)**

Os serviços de internação domiciliar vêm se transformando em uma eficiente ferramenta de gerenciamento do cuidado integral e uma solução para o acompanhamento de pacientes que podem ser desospitalizados. Além disso, a atenção domiciliar visa evitar reinternações por agudização de condições crônicas (diminuindo o risco de infecção cruzada hospitalar), torna o cuidado mais humanizado, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de comunicação da equipe multiprofissional com as famílias, levando assim, a maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhores resultados para recuperação do paciente.

Visando trazer maior amplitude conceitual para embasar o plano de assistência individual do paciente, recorreremos à literatura para definir todas as etapas desde a admissão até a alta com critérios objetivos.

### **2.3.1 Indicação**

Segundo o Manual de Atenção Domiciliar (NEAD, 2019) elaborado pela Associação Nacional de Hospitais Privados e o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, a indicação passa por critérios técnicos e sociais que tornam o paciente elegível. O paciente que apresenta o perfil adequado é:

- Clinicamente estável que necessite complementar o tratamento sob supervisão médica e de enfermagem;
- Treinamento do paciente ou do cuidador frente as novas condições, limitações e necessidades clínicas;
- Término de terapias injetáveis;
- Realização de curativos complexos;
- Necessidade de aparelhos de suporte a vida;
- Portadores de doenças crônicas com histórico de reinternações frequentes;
- Processos infecciosos prolongados ou recidivantes;
- Cuidados paliativos.

### **2.3.2 Elegibilidade**

Segundo Ribeiro (2019), o perfil de elegibilidade para a modalidade Internação Domiciliar baseado em observações de profissionais que atuam na área, e de acordo com diretrizes discutidas nos Simpósios Brasileiro de Atenção Domiciliar (Sibrad, 1998-2018) e nos Encontros Nacionais de Serviços de Atenção Domiciliar (Enconsad, 2016-2018), destaca os seguintes critérios:

- Pacientes dependentes de suporte ventilatório, com necessidade de aspirações frequentes de vias aéreas;
- Portadores de doenças crônicas com episódios de reagudizações, como os cardiovasculares, neurológicos, endócrinas, respiratórias, infecciosas e neoplásicas, independente de faixa etária, embora a maior frequência seja em idosos;
- Pacientes que sofreram traumas por acidentes ou por doenças instaladas submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte também têm

sido indicados para completar o período pós-operatório e de reabilitação em seus próprios domicílios, longe de possibilidade maior dos quadros infecciosos, tão frequentes e graves no ambiente hospitalar;

- Paciente que necessitam do uso contínuo de medicamentos endovenosos, como o caso de antibioticoterapia prolongada nas osteomielites, infecções de repetição, quimioterápicos e hemoderivados, dentre outras.

Além dos critérios de elegibilidade descritos por Ribeiro (2019), destacam-se os critérios do Manual de Atenção Domiciliar produzido pelo NEAD, que são:

- Presença do cuidador em período integral: é necessário identificar um cuidador efetivo para assumir os cuidados básicos com o paciente e receber treinamento ou orientações da equipe de saúde. Na sua ausência, um familiar ou responsável legal deverá permanecer com o paciente.
- Domicílio livre de riscos: critério de suma importância para avaliar a estrutura básica do domicílio e a sua capacidade para minimizar riscos e viabilizar maior segurança frente aos cuidados realizados na residência.
- Impedimento de deslocamento até a rede credenciada. Caso o paciente consiga ou possua meios para se deslocar até a rede credenciada para a continuidade do cuidado, torna-se inelegível para a atenção domiciliar.

### ***2.3.3 Critérios técnicos para indicação imediata de internação domiciliar***

De acordo com o NEAD, estes critérios estão baseados na necessidade de realização de procedimentos técnicos, levando em consideração a análise de dimensionamento de mão de obra e logística em todo o processo. O propósito dos critérios técnicos de indicação imediata é garantir que o planejamento de atenção domiciliar seja objetivo, com indicações diretas para os casos com 12 ou 24 horas de enfermagem.

### **2.3.4 Solicitação médica**

O profissional médico é muito importante, cabe a ele indicar os programas de atenção domiciliar nos critérios técnicos (NEAD, 2019). Para tanto, o médico deverá elaborar um relatório no qual deverá constar:

- Dados gerais do paciente, endereço para o atendimento, cuidado domiciliar prévio, tempo previsto para o atendimento domiciliar, data da alta hospitalar, identificação do cuidador;
- Diagnóstico, antecedentes, estado clínico atual, grau de atividade de vida diária, recursos humanos sugeridos;
- Suporte terapêutico (relevantes para continuidade do cuidado), ventilatório e nutricional;
- Necessidade de remoção.

O Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar em com A Associação Nacional dos Hospitais Privados, compôs um modelo de Relatório Médico para a Desospitalização – Anexo B.

### **2.3.5 Plano de assistência Individual na Internação Domiciliar (Gestão do Cuidado)**

O plano de assistência individual na internação domiciliar (*Gestão do Cuidado*) é composto por uma equipe multiprofissional que envolve: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social. Cada profissional tem um papel relevante na elaboração do plano de assistência individual.

Após a obtenção de todos os dados clínicos e funcionais sobre o paciente, conforme Anexo C, é realizado o preenchimento da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar - Anexo A (NEAD, 2019).

Em seguida, a equipe multiprofissional discute acerca das necessidades e indicações técnicas do paciente, tomando como premissa a metodologia desenvolvida pelo nosso serviço que está amparada por dois grandes pilares conceituais, definidos por:

- **Meta global:** é o retrato final da possível conclusão das nossas ações. O que poderemos fazer pelo paciente e em quanto tempo, ou seja, aonde queremos chegar em relação ao desfecho clínico (visão).

- **Trajeto terapêutico:** é o caminho que nos leva, passo a passo ao sucesso da meta global em um determinado tempo. Envolve os objetivos/metaspazos para alcançarmos aonde queremos chegar (missão).
  - Aqui, cada profissional que irá compor o PAD (Plano de Atendimento Domiciliar) deverá ter as suas metas traçadas com os prazos definidos para o acompanhamento do desfecho clínico pela coordenação médica e será o responsável por multiplicar o cuidado na residência, ampliando o escopo em relação a educação em saúde, a partir de treinamentos para os cuidadores, familiares, responsável legal e/ou paciente. Nosso objetivo central, é fazer com que todos os membros desta cadeia de cuidado, estejam aptos para seguir a partir do autocuidado, ou seja, reduzindo os recursos despendidos ao paciente. Com a meta global atingida, não só entregamos mais qualidade de vida e assistencial para o paciente, mas entregamos sustentabilidade para o setor de saúde, e em especial para a saúde suplementar.
    - No impedimento do alcance da meta global e/ou do trajeto terapêutico, a equipe técnica deverá realizar um replanejamento, justificando o não atingimento dos objetivos e elaborará um novo plano de cuidado.

Este processo é contínuo, com revisões constantes de acordo com a evolução clínica e funcional do paciente até o desfecho previamente definido. Todo o delineamento do Plano de assistência individual na Internação Domiciliar será registrado em sistema de informação da empresa conforme Anexo D - Gestão do Cuidado. Neste documento haverá de forma clara e ao alcance da equipe assistencial todas as metas traçadas a curto, médio e longo prazo para a gestão do modelo e alcance das metas. Além disso, é importante destacar que há uma coordenadora médica que gerencia a partir do próprio sistema de informação o cumprimento das metas a partir dos prazos, seja para a meta global ou para o trajeto terapêutico.

### ***2.3.6 Implantação Domiciliar***

O processo de transição do hospital para o domicílio, deverá adotar padrões de segurança e qualidade que garantem ao paciente um ciclo de atenção que valorize os serviços de saúde ofertados. Ela envolverá a comunicação e articulação efetiva entre os diferentes intervenientes neste processo de desospitalização, isto é, hospital, família, operadora e empresa prestadora da assistência domiciliar.

Caberá ao hospital promover e iniciar o processo de continuidade deste cuidado, preparando a família ou cuidador e o paciente para o regresso ao domicílio com orientações e treinamentos necessários para garantir a transição e alta hospitalar segura.

A empresa contratada, deverá agendar a remoção para transferência do paciente para a sua residência.

Entretanto, como estamos falando de Internação domiciliar com elevado índice de Liminar Judicial no atendimento, antes da implantação do paciente em casa, convidamos a família para uma reunião, podendo ocorrer em sua residência ou na empresa para fazermos todas as orientações sobre o plano de atendimento, assim como os direitos e deveres do paciente/cuidador e da empresa no atendimento. Também compartilhamos o nosso contato para acionamento em caso de dúvidas, intercorrências ou para quaisquer outras necessidades.

### ***2.3.7 Visitas domiciliares – Acompanhamento do paciente em internação domiciliar***

Conforme definido por Mazza (1994),

[...] a Visita domiciliar é um instrumento de assistência à saúde com o objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

Por fim, ainda não existem pesquisas que demonstrem de fato que o modelo domiciliar individualizado se sobrepõe ao modelo tradicional em relação ao desfecho clínico, a redução da taxa de infecção, reospitalização e satisfação do usuário. Por este motivo, torna-se importante avaliar os efeitos após a implantação do modelo de assistência individual ao paciente em Internação Domiciliar.

## **CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1 Desenho do estudo**

O delineamento do estudo é do tipo de coorte retrospectivo, no qual foi realizada análise de banco de dados da empresa Hospitalar ATS referentes ao período de março a agosto de 2019, para comparação dos efeitos de dois modelos de assistência domiciliar em um grupo de 50 pacientes.

### **3.2 Amostra**

Foram selecionados pacientes crônicos, com ou sem ventilação mecânica, de todas as idades, ambos os sexos, com período de internação domiciliar de pelo menos 6 meses, tendo como instância financiadora do paciente a saúde suplementar.

Como critérios de exclusão deste estudo foram considerados: pacientes em Assistência Domiciliar e Procedimento Pontual, ou seja, pacientes que recebiam atendimentos pontuais de fisioterapia, médico, nutrição, psicólogo, fonoaudiólogo e técnico de enfermagem por período menor que 6 horas, pacientes agudos, ou que foram a óbito, alta do atendimento por meta atingida ou em tratamentos psiquiátricos.

### **3.3 Embasamento teórico**

Realizou-se um levantamento bibliográfico, a partir dos termos: “*Home care*”; “*Patient-centered care*”; “*Home Hospital*”; “*Multidisciplinary team*”; “*Management*”, “*Satisfaction*”. As plataformas para as pesquisas consideradas foram, b-on, ProQuest, Pubmed e Scielo. Os critérios para a seleção dos artigos, periódicos, manuais, livros, teses foram a partir de textos completos, disponíveis online na língua portuguesa e inglesa no período de 1994 até 2020.

### 3.4 Análise do banco de dados e avaliação do impacto do Plano de Assistência Individual na Internação Domiciliar

A estruturação do banco de dados ocorreu por meio do sistema de informação da empresa Hospitalar ATS, levando em consideração dados do período entre março e agosto de 2019.

Para analisar o impacto da implantação de um Plano de Assistência individualizado na Internação Domiciliar, foram considerados os seguintes parâmetros:

- a) Extração dos dados dos pacientes, sendo eles realizados a partir das seguintes classificações:
  - i. Dados clínicos: CID-10, descrição do CID-10 e do capítulo, comorbidades, idade do paciente, uso de ventilação mecânica, cânula de traqueostomia, gastrostomia, sonda nasoentérica, oxigenoterapia. Presença de lesão de pele, realização de sondagem vesical de alívio ou de demora. Foi verificado também presença de infecção, assim como hospitalização.
  - ii. Reclamações no período e sua frequência.
  - iii. Dados nutricionais estado nutricional do paciente (eutrófico, obeso ou sobrepeso).
  - iv. Dado epidemiológico: sexo e idade.
  - v. Dados funcionais: se o paciente deambulava.
  - vi. Riscos: risco de queda, lesão de pele, manejo de dor, alergia e restrição alimentar.
  - vii. Dados administrativos: pacientes com liminar judicial e/ou com atendimento médico por nossa instituição.

- b) Resultado da pesquisa de satisfação a partir do formulário *Net Promoter® Score* (NPS®)

O NPS é composto por uma única pergunta: “Em uma escala de 0 a 10 qual a probabilidade de você indicar a nossa empresa para um amigo?”

Segundo Hamilton *et al.* 2014 a satisfação com o atendimento é importante tanto para os pacientes quanto para aqueles que pagam por ele. O *Net Promoter Score* (NPS), amplamente utilizado nas indústrias de serviços foi introduzido no *National Health Service* (NHS) como o teste de amigos e família. Se trata de uma medida abrangente de satisfação do paciente, a qual avalia a probabilidade de o paciente recomendar os cuidados de saúde recebidos para outro, e é visto como um discriminador do desempenho dos cuidados de saúde.

Por meio do quadro geral de notas oferecido pelos consumidores, cada empresa pode ter um panorama sobre como está o relacionamento entre marca e cliente. Para a análise da nota são utilizadas as seguintes classificações (Reichheld, 2011).

a) Clientes Detratores: notas de 0 a 6 - são os clientes totalmente insatisfeitos com a compra do produto ou serviço prestado pela empresa. Criticam a empresa em público e jamais voltariam a fazer negócio, exceto em situações extremas.

b) Clientes Neutros: notas de 7 a 8 - só efetuam a compra quando realmente precisam. Portanto, não são clientes leais. Caso a empresa concorrente ofereça um produto em melhores qualidades e preços, ele opta pela empresa concorrente. Não são leais e não são entusiastas da empresa.

c) Clientes Promotores: notas de 9 a 10 - são clientes que passaram a ter uma vida melhor após o relacionamento com a marca. Ficam extremamente satisfeitos com a compra de produtos, são leais, oferecem feedbacks positivos e ajudam no crescimento e no aumento do faturamento da empresa.

Figura 1- Infográfico - Zonas de Classificação no Net Promoter® Score (NPS®)



Fonte: Elaboração própria.

Feita a coleta de notas e também o cálculo do NPS®, pode-se classificar a empresa de acordo com a diferença de percentual. Para tanto, têm-se as seguintes zonas de classificação (Reichheld, 2011):

a) **Zona de Excelência:** pontuação entre 75 e 100 - empresas que atingiram esta pontuação geraram grandes experiências para seus clientes. A estratégia e o operacional conseguiram gerar uma percepção altamente positiva ao consumidor, o que deve gerar boas recomendações e até torná-lo um defensor da marca.

b) **Zona de Qualidade:** pontuação entre 50 e 74 - os clientes nesta faixa de avaliação certamente viram vários pontos positivos durante a experiência com a empresa, porém alguns pontos deixaram a desejar. É aquele típico feedback “foi tudo bem, mas/porém/não fosse...”. As empresas precisam avaliar com calma a jornada do cliente – incluindo itens periféricos ao seu produto ou serviço – e entender melhor a sua empresa.

c) **Zona de Aperfeiçoamento:** pontuação entre 0 e 49 - normalmente a experiência oferecida nesta faixa de NPS tem pontos importantes de ajustes. Em muitos casos, o cliente não ofereceu atenção por parte da empresa com o seu caso ou sua necessidade. A ineficiência é outro ponto crítico a ser avaliado. A empresa precisa realmente ouvir os feedbacks e desencadear ações, como mudança de processos, treinamentos de equipe e olhar para o seu cliente.

d) **Zona Crítica:** pontuação entre -100 e -1 - a experiência foi altamente frustrante para o consumidor e ele será o primeiro a reclamar e desqualificar a imagem da empresa junto a outras pessoas. Uma empresa nessa classificação precisa repensar sua estratégia rapidamente, pois estará criando um grupo de opositores a sua marca. É comum que essas empresas tenham que adotar políticas intensas de retenção, aplicando descontos agressivos e reduzindo suas margens na tentativa de ‘segurar’ os clientes.

### c) Resultados do NEAD

O NEAD é um instrumento elaborado pela Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil, e refere-se a Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar e deverá ser aplicado ao paciente por um profissional de saúde. É constituída por três grupos:

- **Grupo 1- critérios de elegibilidade**

Neste grupo, teremos as seguintes características:

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situação de emergência.
- Identificação das condições clínicas do paciente para deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

- **Grupo 2 – critérios para indicação imediata de internação domiciliar**

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

- **Grupo 3 – critérios de apoio para indicação de planejamento de atenção domiciliar**

- Este grupo reúne critérios de apoio a indicação do Plano de Atendimento Domiciliar. Estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimento técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:
  - ✓ Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
  - ✓ 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
  - ✓ 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

- ✓ Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão do PAD (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
- ✓ No Grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
- ✓ A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

Ao final, teremos a classificação do paciente com o score, dividida da seguinte maneira:

- Até 5 pontos: Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas como: curativos ou medicações parenterais ou outros programas. A esta classificação do score na minha pesquisa determinei como Classificação do Paciente (CP) 1.
- De 6 a 11 pontos: Considerar atendimento domiciliar multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos). A esta classificação do score na minha pesquisa determinei como CP2 (Classificação do paciente 2).
- De 12 a 17 pontos: Considerar Internação domiciliar 12 horas. A esta classificação do score na minha pesquisa determinei como CP3 (Classificação do paciente 3).
- De 18 ou mais pontos: Considerar internação domiciliar 24 horas. A esta classificação do score na minha pesquisa determinei como CP4 (Classificação do paciente 4).

Todos os dados foram coletados por meio de um *select* no sistema de informação da Hospitalar ATS, a partir de uma estrutura previamente encaminhada ao setor de tecnologia de informação. A extração dos dados ocorreu de forma anônima com chave de segurança, ou seja, preservando a individualidade e impedindo a identificação direta no prontuário do paciente. A

entrega do banco de dados foi por meio de um *pen drive* após aprovação da diretoria técnica da Instituição.

### **3.5 Análise estatística**

Para análise estatística, os dados dos pacientes foram agrupados em dois períodos:

1º período: março, abril, maio/2019- Plano de Internação domiciliar Tradicional.

2º período: junho, julho, agosto/2019- Implementação do Plano de Assistência Individualizado.

Os dados qualitativos foram descritos em valores absolutos e frequência. Já os dados quantitativos foram descritos em média e desvio padrão, ou mediana e interquartil, no caso de distribuição normal e anormal, respectivamente.

Foi realizada a análise descritiva dos dados referentes aos seguintes parâmetros: aspectos clínicos, nutricionais e a classificação CID.

Foi realizado teste qui-quadrado para análise de variáveis qualitativas, teste qui-quadrado para análise de variáveis quantitativas de distribuição normal, e teste U de Mann-Whitney para distribuição anormal. Foi considerada uma associação estatisticamente significativa quando valor  $p < 0,05$ .

## CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

Após a análise do banco de dados, foram incluídos 50 participantes que permaneceram em atendimento na modalidade internação domiciliar antes e após a aplicação do plano de assistência individual- Gestão do Cuidado na empresa Hospitalar ATS situada em Porto Alegre para o período de março a agosto de 2019.

Da coorte amostral, 54% eram do sexo feminino. A mediana de idade foi de 50 anos. Observamos que 34% da população possuíam idade superior a 64 e inferior a 90 anos e 12% tinham idade superior a 90 anos.

A Tabela 1, demonstra os aspectos clínicos dos pacientes em internação domiciliar. Podemos constatar que 68% da população apresentava uma ou mais comorbidades além do diagnóstico principal, sendo 11 pacientes com um comorbidade (22%), 16 pacientes com dois comorbidades (32%) e sete pacientes com três comorbidades (14%).

Referente aos pacientes crônicos em internação domiciliar, verificamos que apenas cinco pacientes estavam em ventilação mecânica (3,3%), 38% utilizam cânula de traqueostomia e 32% faziam uso de oxigenoterapia. A partir destas análises, conseguimos mapear o perfil epidemiológico da população para entender suas necessidades.

Por fim, quatro (8%) pacientes apresentam lesão por pressão, todas originárias no hospital e não na internação domiciliar, assim como observamos um baixo percentual de pacientes com a utilização de sonda vesical de alívio ou de demora.

Tabela 1

**Aspectos clínicos dos pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar de março a agosto de 2019.**

<b>Comorbidades</b>	<b>34 (68%)</b>
<b>Ventilação mecânica</b>	5 (3,3%)
<b>Traqueostomia</b>	19 (38%)
<b>Lesão por pressão</b>	4 (8%)
<b>Sonda vesical de alívio</b>	13 (8,7%)
<b>Sonda vesical de demora</b>	3 (6%)
<b>Uso de oxigenoterapia</b>	16 (32%)

Fonte: Elaboração própria  
Dados foram expressos em número (n) e frequência (%).

Tabela 2

**Análise da associação entre hospitalização e características clínicas de pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

Variáveis	Sem hospitalização (n = 36)	Com hospitalização (n = 14)	p-valor
Comorbidades (sim)	25 (69,4%)	9 (64,3%)	0,726
Número de comorbidades	1,9 (0,7)	1,9 (0,8)	0,867
Ventilação mecânica (sim)	3 (8,3%)	2 (14,3%)	0,529
Atendimento médico (sim)	19 (52,8%)	4 (28,6%)	0,123
Traqueostomia (sim)	13 (36,1%)	6 (42,9%)	0,659
Gastrostomia (sim)	26 (72,2%)	12 (85,7%)	0,316
Oxigenioterapia (sim)	11 (30,6%)	5 (35,7%)	0,726
Deambulação (sim)	15 (41,7%)	9 (64,3%)	0,151
Alergia (sim)	6 (16,7%)	4 (28,6%)	0,345

Fonte: Elaboração própria

\*Dados foram expressos em número (n) e frequência (%).

Tabela 3

**Análise da associação entre infecção e características clínicas de pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

Variáveis	Sem Infecção (n = 27)	Com infecção (n = 23)	p-valor
Comorbidades (sim)	20 (74,1%)	14 (60,9%)	0,318
Número de comorbidades	1,9 (0,6)	1,5 (0,9)	0,066
Ventilação mecânica (sim)	4 (14,8%)	1 (4,3%)	0,219
Atendimento médico (sim)	9 (33,3%)	14 (60,9%)	<b>0,050</b>
Traqueostomia (sim)	9 (33,3%)	10 (43,5%)	0,461
Gastrostomia (sim)	20 (74,1%)	18 (78,3%)	0,730
Oxigenioterapia (sim)	8 (29,6%)	8 (34,8%)	0,697
Deambulação (sim)	14 (51,9%)	10 (43,5%)	0,555
Manejo de dor (sim)	5 (14,7%)	0 (0%)	<b>0,030</b>
Alergia (sim)	4 (14,8%)	6 (26,1%)	0,321

Fonte: Elaboração própria

Dados foram expressos em número (n) e frequência (%).

O sexo masculino se associou a infecção no período prévio à implementação da Gestão de cuidados- 35,3% feminino versus 68,8% masculino ( $p = 0,027$ ) (dado não demonstrado).

Ainda, após a implementação da ferramenta Gestão de Cuidado, o número de comorbidades se associou à internação hospitalar ( $p = 0,045$ ) (dado não demonstrado).

Na Tabela 4, analisamos os aspectos nutricionais relacionados aos pacientes em internação domiciliar, e podemos verificar que 38 (76%) utilizam sonda de gastrostomia para alimentação, ou seja, não se alimentam via oral, e dois pacientes utilizam a sonda nasoentérica (4%). Constatamos que existe um pequena parcela com de três pacientes com restrição alimentar (6%).

Quanto ao estado nutricional, verificamos que 29 pacientes são eutróficos (58%), seis possuem baixo peso (12%), 12 possuem sobrepeso (24%) e três obesos (6%).

Tabela 4  
**Aspectos nutricionais dos pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

Aspectos nutricionais	n (%)
<b>Gastrostomia</b>	38 (76%)
<b>Sonda nasoentérica</b>	2 (4%)
<b>Restrição alimentar</b>	3 (6%)
<b><u>Estado nutricional:</u></b>	
<b>Baixo peso</b>	6; (12%);
<b>Eutrofia</b>	29 (58%);
<b>Sobrepeso</b>	12 (24%);
<b>Obesidade</b>	3 (6%).

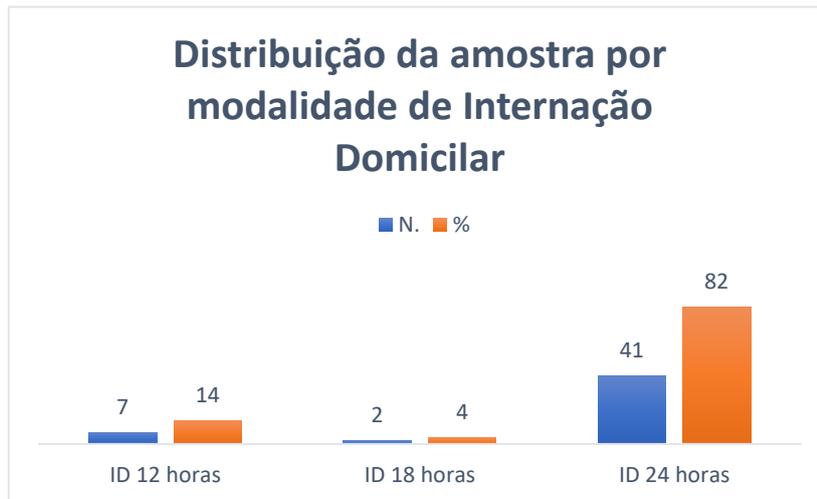
Fonte: Elaboração própria

\*Dados foram expressos em número (n) e frequência (%).

Outro fator avaliado na população foi o risco de queda e lesão de pele. Sendo o resultado: 46 pacientes, ou seja, 92% apresentaram risco de queda e 39 risco de desenvolver lesão de pele (78%).

Além das características clínicas e funcionais, observamos que 54% dos pacientes não recebiam acompanhamento médico por nossa empresa, e sim por terceiros.

**Gráfico 1 - Dos produtos de internação domiciliar da amostra**



Fonte: Elaboração própria.

Da amostra, observamos que 27 pacientes possuem liminar judicial representando 54%.

Na Tabela 5 é apresentado a distribuição da amostra em relação ao Código Internacional de Doenças (CID-10). Nota-se que há grande percentual de pacientes, principalmente, com diagnóstico de doenças do sistema nervoso e do aparelho circulatório, representando 52% de toda a amostra. Ao analisar os diagnósticos de maneira mais específica, constatou-se que a maioria da população pesquisada possui diagnóstico doenças crônicas, com elevado percentual de doenças degenerativas, que levarão a maior dependência funcional e necessidades de recursos ao longo da vida. Isoladamente, foi observado que 34% dos pacientes tinham diagnóstico de doenças do sistema nervoso, estando dentro deste grupo as doenças do neurônio motor, distrofia muscular, atrofia muscular espinhal e síndromes correlatas, doença de Parkinson, Paralisia Cerebral, Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte, Distrofia muscular, Epilepsia e doença de Alzheimer.

Tabela 5-

**Classificação do diagnóstico clínico, através do Código Internacional de Doenças, dos pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

<b>CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS</b>	<b>n (%)</b>
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	17 (34%)
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	9 (18%)
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	7 (14%)
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	5 (10%)
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	5 (10%)
Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	4 (8%)
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	2 (4%)
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1 (2%)

Fonte: Elaboração própria

Dados foram expressos em número (n) e frequência (%).

Na Tabela 6, apresentamos o resultado do nosso objetivo geral. Em relação aos desfechos clínicos, demonstramos que após a inclusão do Plano de Assistência Individualizado, a Gestão de Cuidados, houve melhora estatisticamente significativa na classificação pelo Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD), ou seja, os pacientes reduziram o seu nível de complexidade principalmente em relação a Classificação do Paciente - (CP3) e (CP4) (Tabela 4) ( $p < 0,001$ ).

Tabela 6

**Associação do entre desfechos clínicos com Plano de Assistência Individual em pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

<b>Desfecho</b>	<b>Internação Domiciliar Tradicional (n = 50)</b>	<b>Plano de Assistência Individualizado (n = 50)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Classificação NEAD</b>	CP1 (0; 0%); CP2 (0; 0%); CP3 (7; 14%); CP4 (43; 86%)	CP1 (12; 24%); CP2 (38; 76%); CP3 (0; 0%); CP4 (0; 0%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Infecção (frequência)</b>	1 vez (9; 18%); 2 vezes (6; 12%); 3 vezes (1; 2%)	1 vez (11; 22%); 2 vezes (3; 6%); 3 vezes (0; 0%)	0,354
<b>Hospitalização (frequência)</b>	1 vez (9; 18%); 2 vezes (2; 4%).	1 vez (4; 8%); 2 vezes (3; 4%)	0,175

Fonte: Elaboração própria

\*Dados foram expresso em número (n) e frequência (%).

\*\*NEAD = Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

\*\*\*CP = Classificação do paciente

Além disso, em relação à análise da quantidade de reclamações, houve uma redução de 26 reclamações para 12 após a implementação do plano de assistência individual. O mesmo ocorreu com o resultado do *Net Promoter Score* (NPS), sendo alterado de 33% (nível de aperfeiçoamento) para 80% (nível de Excelência) com  $p < 0,001$ .

Em compensação, a taxa de infecção e número de hospitalizados, conseguimos perceber uma queda da frequência, mas sem relevância estatística.

Tabela 7

**Associação entre infecção e hospitalização com Plano de Assistência Individual, dos pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019.**

<b>Desfecho</b>	<b>Antes da Gestão do Cuidado (n = 50)</b>	<b>Após a Gestão do Cuidado (n = 50)</b>	<b>p</b>
<b>Infecção (sim)</b>	16 (32%)	14 (28%)	0,663
<b>Hospitalização (sim)</b>	11 (22%)	7 (14%)	0,298

Fonte: Elaboração própria

\*Dados foram expresso em número (n) e frequência (%).

As Tabelas 8 e 9 demonstram o número de infecções distribuídos pela classificação NEAD, antes e após a introdução do Plano de Cuidado Assistência Individual, respectivamente. Observa-se que não tivemos pacientes com 3 infecções no segundo período, seja para o CP1 ou para o CP2, assim como reduziu o número de pacientes com 2 infecções no segundo período para o CP1 e CP2.

Tabela 8

**Número de infecções no 1º período de acordo com a classificação NEAD, de pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019 (n=50).**

<b>Grupo</b>	<b>Número de infecções</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>CP3</b>	6	3	3	0
<b>CP4</b>	28	6	3	1

Fonte: Elaboração própria.

\*NEAD = Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

\*\*CP = Classificação do Paciente

Tabela 9

**Número de infecções no 1º período de acordo com a classificação NEAD, de pacientes com atendimento *home care* em internação domiciliar, no período de março a agosto do ano de 2019 (n=50).**

<b>Grupo</b>	<b>Número de infecções</b>		
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>CP1</b>	6	2	2
<b>CP2</b>	30	9	1

Fonte: Elaboração própria

\*NEAD = Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

\*\*CP = Classificação do Paciente

## CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

O sistema de saúde atual é feito de duas formas, o modelo hospitalar e o modelo domiciliar. A última é uma forma antiga de atenção à saúde que foi substituída pela internação hospitalar e que ressurge com uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde (Larceda *et al.* 2004).

A internação domiciliar refere-se a uma atividade mais complexa, geralmente envolvendo vários profissionais, e o deslocamento de parte da estrutura hospitalar, pode ser comparada ao “hospital em casa” para Tavolari *et al.* (2000).

Para Floriani e Shramm (2004), essa modalidade de prestação de serviço ocorre no setor privado assim como no setor público, “fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros” (Gordilho, *et al.* 2004 Como citado em Floriani. Shramm, 2004, p. 986).

De acordo com Sampaio e Imai (2012), o cenário econômico, o envelhecimento da população e, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida são uns dos motivos que tem trazido a modificação do modelo hospitalar para domiciliar, principalmente para essa população idosa, devido a maior complexidade do cuidado à saúde e do aumento dos custos. Além disso, essa faixa etária requer maior tempo de internação, número maior de profissionais e especialistas, exames complexos, medicamentos e procedimentos de alto custo. Ainda, há a fragilidade dessas pessoas e o risco de contrair infecção no ambiente hospitalar.

Assim, realizar o atendimento em domicílio segundo Amaral (2001), traz inúmeros benefícios como:

- Humanização do atendimento;
- Maior rapidez na recuperação do paciente;
- Diminuição no risco de infecção hospitalar;
- Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem;
- Redução do custo/dia da internação;
- Tranquilidade do paciente por estar perto dos seus familiares;
- Prevenção e minimização de eventuais sequelas;
- Redução de internações por recidivas.

Além disso, faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico da população atendida em domicílio, para que se desenvolvam técnicas de cuidado que melhor se enquadram e atendam às necessidades específicas dos pacientes dentro de um plano de assistência individual.

Estudos demonstraram que as características sociodemográficas encontradas em nosso resultado tiveram relação direta ao sexo e a faixa etária. Mostrou-se, inclusive compatível com a literatura para os programas de atenção domiciliar (Martelli *et al.*, 2011; Benassi, Leandro *et al.* 2012; Gargano *et al.*, 2004; Góis, 2010 & Bruce *et al.*, 2002).

Sobre o perfil epidemiológico, Sebástian *et al.* (2019) também apresentaram prevalência do sexo feminino (55%) tendo estudado uma população de 414 pacientes do setor privado. A idade variou entre 50 e 90 anos. No estudo de Kamenski, Fink, Maier, Pichler e Zehetmayer (2016), na Áustria, o público alvo era composto majoritariamente por mulheres, e a média de idade de 80 anos, sendo superior à média do resultado da nossa pesquisa (média de 50 anos).

Benassi *et al.*, (2012), avaliaram o perfil epidemiológico de pacientes em atendimento em *home care* no município de São Paulo e observaram prevalência predominante na faixa etária entre 71 a 90 anos. Góis (2010) também apresentou resultado semelhante no que se refere à idade, com predominância na faixa etária de 70 a 89 anos.

Em revisão dos dados do IBGE (2020), o número de pessoas acima de 65 anos ou mais subiu de 8,8% em 2012 para 10,8% em 2019.

Ao recorrer aos resultados da pesquisa do IBGE (2010), podemos entender porque existe esta predominância para o sexo feminino em relação ao grupo etário no Brasil. Ao observar a razão de sexo por grupos etários no Brasil, notou-se que, até o grupo de 20 a 24 anos de idade, a razão de sexo foi superior a 100,0, indicando que havia excedente de homens na população. Para as idades acima de 25 anos, o excedente passa a ser feminino, sendo que, no grupo de 60 anos ou mais idade, o indicador foi de 80,0 homens para 100 mulheres nessa faixa etária. O que podemos concluir, que independente da amostra total, haverá uma prevalência do sexo feminino no Brasil.

Importante destacar a predominância da idade nesta faixa etária para uma população idosa (acima de 60 anos) que se encontram os níveis severos de incapacidades, e o acúmulo de doenças crônicas, tornando o modelo de internação domiciliar uma alternativa real para o cuidado (Bruce *et al.*, 2002).

Ao analisarmos o principal diagnóstico na internação domiciliar para a amostra do setor privado no estudo de (Carnaúba *et al.* 2017), observou-se que 61,1% dos pacientes possuem diagnóstico de doenças neurológicas e em segundo lugar, com 6,5% as doenças oncológicas. Em outro estudo, Fabrício *et al.* (2004). também apresentaram como resultado principal o

diagnóstico para doenças neurológicas (27%), seguida neoplasias (17%), diferente dos resultados apresentados na presente pesquisa, na qual não foram observadas diagnóstico de doenças oncológicas nos pacientes em internação domiciliar.

Esta alta prevalência de doenças neurológicas pode ser explicada pelo fato de que o volume e o peso do cérebro declinam com a idade, a uma taxa de aproximadamente de 5% por década após os 40 anos, observando-se uma acentuação do declínio a partir da sétima década de vida. Esse fato torna o idoso mais predisposto a uma série de complicações clínicas que provocam repercussões neurológicas (Esquenazi, Silva & Guimarães, 2014).

Outro ponto interessante no estudo de Carnaúba *et al.*, 2017 foi a observação de que os pacientes não apresentavam uma única patologia, mas há interação de várias patologias (comorbidades) que atuam concomitante com o organismo, apresentando assim mais de um diagnóstico. Em nosso resultado, 68% (34) dos pacientes apresentavam uma ou mais comorbidades, o que poderá agravar ainda mais suas necessidades.

Em relação as características clínicas e funcionais dos pacientes, Carnaúba *et al.* (2017) demonstrou que 72,5% da população não deambulavam, ou seja, eram restritos ao leito. Percentual bem superior à população do presente estudo, em que 26% da população não deambulava. No entanto, o estudo de Góis (2010) mostrou que 37,8% dos pacientes possuíam capacidade severa – restrito ao leito, corroborando com nossos achados.

Portanto, o grau de limitação pode variar de acordo com a população estudada, com o tipo de assistência (pública ou privada) e com o grau de complexidade dos pacientes.

Sobre os aspectos de via de alimentação, o estudo de Carnaúba *et al.* (2017) refere que 125 (30,2%) utilizavam gastrostomia, sendo que encontramos número mais elevado 38 (76%). Porém, percebe-se que 92 pacientes (22,2%) utilizavam sonda nasoentérica, já em nosso estudo, foi constatado que apenas 4% dos pacientes faziam uso desse tipo de via de alimentação. Também no estudo de Carnaúba *et al.*(2017), 145 (35%) se alimentavam via oral, diferente do percentual encontrado em nossa amostra que demonstrou que apenas 10 pacientes (20%) se alimentavam oralmente. No estudo realizado por Azank *et al.* (2009), para 30 pacientes, verificou que 73% receberam alimentação via nasoentérica e 26,6% via gastrostomia. Eles demonstraram que os pacientes em *home care* recebendo alimentação enteral via sonda apresentaram maior prevalência de desnutrição que os pacientes recebendo alimentação via gastrostomia. Esta hipótese não foi analisada estatisticamente nesta pesquisa.

Para a via respiratória, outro estudo com 470 pacientes, demonstrou que 16,9% utilizavam traqueostomia, contra 19 pacientes (38%) da amostra desta pesquisa. Em relação a

utilização do uso de oxigenoterapia, o mesmo estudo demonstrou que 74 pacientes utilizavam este tipo de suporte (17,8%) versus 16 pacientes (32%) em nosso estudo (Carnaúba *et al.*, 2017).

Em relação à integridade cutânea, Chayamiti e Caliri (2010) encontrou que 81 (19,5%) dos pacientes possuíam lesão por pressão, já na presente amostra encontramos 4 pacientes, os quais representam 8% de nossa população. Observou-se também que houve uma prevalência de 19,1% dos pacientes, sendo identificado relação expressiva entre o aumento da idade e a ocorrência da lesão. Em um programa de Internação domiciliar realizado por Nogueira *et al.* (2012), foi encontrado 5% de participantes com lesão de pele por pressão, sendo a frequência mais próxima de nossos achados. De acordo com o estudo realizado com 47 indivíduos atendidos em domicílio, em um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto, identificou-se que 76,7% tinham mais de 60 anos, e 91,5% eram dependentes de cuidadores. Dos 33 (70,2%) pacientes que apresentavam risco para lesão de pele, nove tinham lesão de pele por pressão (19,1%), com média de 1,8 lesões. A autora do estudo destacou que os serviços de saúde não podem transferir a responsabilidade do cuidado de pacientes acamados ou com restrição de mobilidade para as famílias. Enfatizou também, que, muitas vezes, a situação domiciliária é complexa e os cuidadores não estão preparados para assumir essa tarefa, necessitando de educação para o cuidado adequado (Chayamiti & Caliri, 2010).

Outros estudos destacaram que entre os indivíduos acamados, grande parte era idoso em risco para lesão de pele por pressão, e que a visita domiciliar era uma estratégia para a prevenção e diminuição de complicações decorrentes das lesões (Aguiar *et al.* 2012; Moraes *et al.*, 2012).

Quanto a re-hospitalização, verificou-se que 24% dos pacientes retornavam para o hospital durante a internação domiciliar. A rehospitalização ou reinternação hospitalar constitui um importante indicador de qualidade assistencial a partir da gestão do cuidado (Carnaúba *et al.*, 2017).

No estudo de Dowding *et al.* (2020), foi discutido sobre a falta de pesquisa sobre prevenção de infecção neste segmento. Sabe-se que as infecções são responsáveis por 17% das hospitalizações nos Estados Unidos. Este mesmo estudo relacionou a maior prevalência de infecção com a idade e doenças crônicas. É interessante destacar que os principais motivos para o aumento da infecção domiciliar podem estar relacionados a condições ambientais domiciliares, podendo tornar o indivíduo mais vulnerável a infecção, além da presença de animais de estimação. Por fim, o maior estudo demonstrou que o enfermeiro deverá ter uma atitude proativa na gestão e controle das infecções, com informações sociodemográficas do paciente, histórico médico, estado funcional, sistema de suporte, e fatores ambientais. Como medida, se sugere a educação do paciente e do cuidador e planejamento do cuidado. O

planejamento deve ser determinado a partir de protocolos e metas, adaptado as necessidades dos pacientes e priorizando a redução do risco de infecção. Em relação aos resultados do estudo, é interessante observar que no primeiro período avaliado, existiam pacientes da CP3 e CP4 com até três infecções. Mas, no período após a implantação do Plano de assistência individual – Gestão do Cuidado, os pacientes mais complexos deixaram de apresentar infecção e aqueles da CP1 e CP2 apresentaram no máximo duas infecções no período, ou seja, mostrando melhor desfecho clínico a partir das metas de redução da incidência de infecção domiciliar (Dowding, Russell, Trifilio, McDonald & Shang, 2020).

Verificamos que o plano de assistência individualizado teve resultado estaticamente significativo quando comparado a Internação Domiciliar Tradicional. Pois, a gestão de cuidado traça metas rigorosas quanto a redução de recursos tecnicamente indicados. Após todas as evidências, podemos afirmar que cuidados prestados a partir de definições de metas a curto, médio e longo prazo com gestão efetiva, traz melhores resultados. Na Tabela 6 verificamos que após a implantação do plano de assistência individualizado, 43 pacientes que estavam classificados como CP4 pela tabela NEAD, assim como os sete pacientes em CP3 reduziram sua complexidade. A complexidade está relacionada com a mudança do perfil epidemiológico anteriormente discutido, e com a melhora do desfecho clínico a partir das metas após a implantação da metodologia. Ao final do período, 14 (28%) pacientes estavam como CP1, e 37 pacientes em CP2 (72%). Em relação a estudos na literatura sobre a utilização da tabela NEAD, amplamente utilizada no Brasil para a saúde suplementar, não há nenhum artigo com discussões sobre o assunto.

Com relação à qualidade da assistência prestada na atenção domiciliar, o estudo realizado em Cuba por Navarro *et al.* (1993), em que foram analisados os casos de internação em domicílio, comprovou-se que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória, e 100% dos pacientes e familiares mostraram satisfação com esta modalidade de atenção. Tal consideração, vem de encontro aos achados em nossa pesquisa de satisfação. Ao avaliarmos a satisfação do usuário em internação domiciliar a partir da aplicação da pesquisa de satisfação, *Net Promoter Score – NPS*, e através do estudo da causa raiz frente a frequência da reclamação, conseguimos traçar metas para melhorarmos a satisfação do cliente. O resultado pode ser demonstrado tanto na frequência das reclamações no primeiro período em comparação com o segundo período, após a implementação da Gestão do Cuidado. Nossa expectativa era ter melhora sobre a pesquisa de satisfação, a qual foi comprovada após a aplicação. No presente estudo, houve uma alteração de 33% (nível de aperfeiçoamento) para 80% (nível de Qualidade).

## CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO

Com o evidente envelhecimento da população brasileira e o aumento das doenças crônicas, cada vez mais o sistema de saúde estará sobrecarregado, principalmente pela limitação de leitos hospitalares no Brasil. Como já discutido, a sobrecarga no sistema de saúde não conseguirá atender a esta demanda, tornando a internação domiciliar uma ótima alternativa para o cuidado do paciente e também para a sustentabilidade do setor.

O crescimento de 60% do número de empresas de atenção domiciliar no Brasil entre 2012 e 2018 conforme o Censo Nead/Fipe, confirma esta situação pela elevada demanda do serviço.

Diante deste cenário, a atenção domiciliar tem evoluído em termos de estrutura, com a incorporação de novas tecnologias, profissionais mais especializados e experientes, aprimoramento de processos e com valores cada vez mais observados, mensurados e compatíveis com aos preestabelecidos na admissão. Mas, é primordial que ocorra cada vez menos desperdício de recursos nas modalidades de atenção à saúde, do hospital ao domicílio.

Apesar do pleno crescimento do segmento no Brasil, ainda percebemos arestas e desafios quanto ao seu desenho pela saúde suplementar, que muito pode ser justificado por não termos o segmento de atenção domiciliar regulamentado no Brasil, fazendo com que a base geral para definição do funcionamento do serviço fique restrito a RDC 11 e ao trabalho executado pelo NEAD.

Conclui-se em relação aos resultados da pesquisa que há um efeito significativo quando da implantação do plano de assistência individualizado na internação domiciliar para o desfecho clínico a partir de metas quanto comparado a aplicação da tabela de avaliação para planejamento de atenção domiciliar (NEAD). Assim como ficou evidente que houve melhora significativa quanto ao nível de satisfação do usuário a partir do instrumento de avaliação de satisfação (*Net Promter Score*). Este resultado, é decorrente de ações conjuntas entre toda a equipe que compõe o plano de cuidado do paciente, com metas extremamente alinhadas e difundidas entre profissionais, famílias, cuidadores com a prática da educação permanente e a orientação de todos para o autocuidado. Em relação ao melhor resultado para a satisfação do usuário, consideramos como reflexo do engajamento de toda equipe na busca pela qualidade total e no entendimento da causa raiz para conseguir solucionar os principais pontos que mereciam intervenção.

Já em relação a frequência de infecção e rehospitalização, apesar de termos reduzido o número de pacientes com infecção domiciliar e em relação ao número de paciente que foram rehospitalizados, este não se mostrou com relevância estatística.

Apesar das limitações em relação ao tempo total da pesquisa que foi impactado devido a pandemia da COVID-19, a baixa produção científica sobre a temática continuaremos com o estudo para demonstrar que os aspectos limitadores podem ter influenciado no resultado final, e de fato desejamos encontrar caminhos que tragam cada vez mais um melhor desfecho clínico ao paciente e financeiro para o sistema de saúde com a adoção de um plano individual de assistência em internação domiciliar a partir de metas.

Como perspectiva futura, pretendemos manter a análise sobre o impacto de uma gestão do cuidado individualizada nas taxas de infecção e rehospitalização, pois acreditamos que um plano de metas e trajetos terapêuticos específicos, agem de forma direta na redução dos índices. Além disso, incluiremos como novas variáveis a relação custo e tempo de cuidado do paciente em internação domiciliar versus a hospitalar no setor privado. Esperaremos demonstrar que além de um melhor desfecho clínico, também ocorra a redução do custo com a melhora da efetividade e consequente sustentabilidade no segmento da atenção domiciliar como alternativa à desospitalização.

Por fim, precisamos criar modelos em saúde que tragam mais resultados assistenciais, sustentáveis, com qualidade e segurança aos pacientes, e para toda a cadeia envolvida na atenção domiciliar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, N. N., Cunha, M. C. B., Dias, R. H. D., Labronici, Oliveira, A. S. B., & Gabbai, A. A. (2001). Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual: *Rev. Neurociências*, 9(3), 111 – 117.
- Aguiar, E. S. S, Soares M. J. G. O, Caliri, M. H. L., Costa, M. M. L., & Oliveira S. H. S. (2012). Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul. Enferm*, 25(nº esp.1), 94-100. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_15.pdf).
- Azank, A. T., Leandro-Merhi, V. A., Poliselli, C., & Oliveira, M. R. M. D. (2009). Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care”. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(4), 11-18.
- Benassi V, Leandro J, Medeiros R, & Taballi R. (2012). Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. *J. Health Sci Inst.*, 30(4), 395-8.
- Biscione, F. M., Szuster, D, Ferreira, G., Turci, M. A., Lima Júnior, L. F., & Drumond, E., et al. (2013). Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*, 29(suppl 1), 73-80.
- Bruce, M. L., Mcayay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., Keohane, D. J., et al. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatr*, 59(8), 1367-74.
- Carnaúba, C. M. D., Silva, T. D. A. e, Viana, J. F., Alves, J. B. N., Andrade, N. L., & Trindade Filho, E. M. (2017). Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil / Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 352–362. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>
- Cecílio, L. C. O. (2009). A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ*, 13(suppl.1), 545-55.
- Cruz, L. P. (1999). Assistência Domiciliar: Estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo (Dissertação de Mestrado). Fundação Getúlio Vargas - EAESP, São Paulo, SP, Brasil.
- Chayamiti, E. M. P. C, & Caliri, M. H. L. (2010). Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta paul. enferm.* 23(1), 29-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/05.pdf>.
- Del Duca, G, Martinez, A, & Bastos, G. (2012). Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(5), 1159-65.

- Dicionário Financeiro. O que é gestão? (05 out. 2020). *online*. Recuperado de <https://www.dicionariofinanceiro.com/gestao/#:~:text=Gest%C3%A3o%20%C3%A9%20uma%20%C3%A1rea%20das,dos%20recursos%20dispon%C3%ADveis%20na%20organiza%C3%A7%C3%A3o.>
- Dowding, D., Russell, D., Trifilio, M., McDonald, M. V., & Shang, J. (2020). Home Care Nurses' Identification of Patients at Risk of Infection and their Risk Mitigation Strategies: A Qualitative Interview Study. *International Journal of Nursing Studies*, 103617.
- Esquenazi, D., Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Rev HUPE*, 13(2), 11-20.
- Fabício, S. C. C., Wehbe, G., Nassur, F. B., & Andrade, J. (2004). Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latinoam Enferm*, 12(5), 721-6.
- Fabício, S. C. C., Wehbe, G., Nassur, F. B., & Andrade, J. I. (2004). Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. *Rev. Latino Am Enfermagem*, 12(5), 721-6.
- Falcão, H. A. (1999). Home Care – uma alternativa ao atendimento da Saúde. *Medicina On line - Revista Virtual de Medicina*, 2(7). Recuperado de [http://www.medonline.com.br/med\\_ed/med7/homecar.html](http://www.medonline.com.br/med_ed/med7/homecar.html)
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Caderno des Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20(4), 986, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/13.pdf>.
- Fracolli, L. A., & Zoboli, E. L. P. C. (2011). Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização: conceitos e concepções. In: Ibañez, N., Elias, P. E. M., & Seixas, P. H. D. (Org), *Política e gestão pública em saúde* (p.762-80). São Paulo: Hucitec.
- Fundação Getulio Vargas (FGV) (2020). *Qualidade e acreditação em saúde*. FGV, 76.
- Gargano, F., Silveira, A. E., Nesi, A., Bulow, A. R., Rocha, D. S., Oliveira, D. M., *et al.* (2004). Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Rev AMRIGS*, 48(2), 90-4.
- Góis, A. L. B. (2010). Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro (tese). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Hutten, J. B. F., & Kerkstra, A. (1996). *Home care in Europe – a country-specific guide to its organization and financing*. England: Arena.
- Hamilton, D. F., Lane, J. V., Gaston, P., Patton, J. T. MacDonald, D. J., Simpson, A. H. R. W. & Howie, C. R. (2014). Avaliação dos resultados do tratamento usando uma única pergunta. *The Bone & Joint Journal*, 96(B5), 622-628.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). XII Censo Demográfico IBGE. Online. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <http://censo2010.ibge.gov.br/>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020) XII Censo Demográfico IBGE Online. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <http://censo2020.ibge.gov.br/>
- Kamenski, G., Fink, W., Maier, M., Pichler, I., & Zehetmayer, S. (2016). Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*, 7(1), 55-8.
- Lacerda, M. R., Oliniski, S. R., & Giacomozzi, C. M. (2004). Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 6(2), Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/8062>
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*; 19(3),735-743.
- Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, SC, Brasil, 23(2), 417-25.
- Martelli, D., Silva, M., Carneiro, J., Bonan, P., Rodrigues, L., & Martelli Júnior, H. (2011). Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis.*, 21(1), 147-57.
- Malagutti, W. (2012). Assistência Domiciliar: Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio.
- Mazza, M. M. P. R. (1994). A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Revista Bras. Cresc. Des. Hum*, 2(IV).
- Mendes, H. (2001). Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. (2016). Proposta da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar para atuação das Secretarias Estaduais de Saúde em relação aos Serviços de Atenção Domiciliar. Brasília, DF, Brasil.
- Ministério da Saúde. (2006). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 11, de 26 de janeiro de 2006. 3–7.
- Monk-Tutor, M. R. (1998). The U.S. home infusion market. *Am J Health Syst Pham*, 55, 2019-25.
- Morais, B., Fernandes, B., Ciorra, H., Perez, P., & Ferreira, R. (2018). Censo Nead 2017/2018 – Fipe de Atenção Domiciliar.

- Morris, J. N., Berg, K., Howard, E. P., Jonsson, P. V., & Craig, M. (2019). Functional Recovery Within a Formal Home Care Program. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(8), 1001–1006. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.12.014>
- Moraes, G. L. A., Araújo, T. M., Caetano, J. A., Lopes, M. V. O., & Silva, M. J. (2012). Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. *Acta Paul. Enferm.* 25(nº esp. 1), 07-12. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_02](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02).
- Navarro, F. P., Izquierdo, D. M., Salej, M. G., & Portilla, M. C. B. (1993). El ingreso en el hogar, análisis de un año de trabajo. *Revista Cubana Enfermería*, 9(2), 81-86.
- Nogueira, S., Carvalho, A., Melo, C., Morais, E., Chiari, B., & Gonçalves, M. (2012). Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC*, 15(1), 94-104.
- Oliveira, A. (2007). Manual de descrição de cargos e salários. São Paulo: Atlas.
- Pessoa, D. L. R., Ramos, A. S. M. B., Dias, A. M. C., de Souza, I. B. J., Rêgo, A. S., & Gonzaga, L. D. J. B. (2020). Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa/The main challenges of health management today: integrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3413-3433.
- Rehem, T. C. M. S. B., & Trad, L. A. B. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(suppl), 231–242. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000500024>
- REICHHELD, F. F.; MARKEY, B. A Pergunta definitiva 2.0. São Paulo: Campus, 2011.
- Ribeiro, C. (2019). Atenção Domiciliar: princípios, práticas e perspectivas (1ª ed.). São Paulo: Eureka.
- Ribeiro, A. R. S., Martins, P. R., & Santos Neta, M. C. (2017). Metas organizacionais e gestão estratégica de pessoas: estudo de caso em instituição financeira. *ReCaPe Revista de Carreiras e Pessoas São Paulo*, VII.
- Sampaio, A. V. C. F. S., & Imai, C. (2012). Atenção domiciliar à saúde (*Home Health Care*), a arquitetura acessível e o desenho universal. Núcleo de pesquisa de arquitetura e urbanismo – USP. (Online). Recuperado de [https://www.usp.br/nutau/nutau\\_2012/2dia/20120628170403\\_artigo%20NUTAU%202012%20final%20com%20pag.pdf](https://www.usp.br/nutau/nutau_2012/2dia/20120628170403_artigo%20NUTAU%202012%20final%20com%20pag.pdf).
- Sarmiento, G. J. V. (2005). Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico: Rotinas Clínicas. Barueri, SP: Manole.
- Sebastián J. J., Gutiérrez-Gutiérrez, E. V., & Cortés-Zapata, S. (2019). Perfil epidemiológico de pacientes del servicio de hospitalización domiciliar de una institución de nivel tres en el Valle de Aburrá, 2015. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 96–106. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a11>

- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira DS, *et al.* (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*, 41, 749-756.
- Tavolari, C. E., Lodovoci, F. F., & Medina, P. (2000). O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, 3(9), São Paulo. Recuperado de <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS09.pdf>
- Vaartio-Rajalin, H., & Fagerström, L. (2019). Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionality and effectivity? A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e270. <https://doi.org/10.1111/hsc.12731>
- World Health Organization (WHO) (1999). 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. Genebra: WHO.

# ANEXO A - TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

## TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE				
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR			SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?				
O domicílio é livre de risco?				
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?				
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.				
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR				
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			
	24 HORAS	12 HORAS	ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia	Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia		Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.				
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR				
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO	
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTOAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL	
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES	
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA	
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS	
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE	
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO	
<b>PONTUAÇÃO FINAL:</b>				
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicções Parenterais ( ) Outros Programas	De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h	
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h	

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

\*\*\* Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

ESCORE DE KATZ					
		INDEPENDÊNCIA 1 PONTO		DEPENDÊNCIA 0 PONTO	
ATIVIDADES		SEM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL.		COM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL OU CUIDADO INTEGRAL.	
BANHAR-SE		BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.	
VESTIR-SE		PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.	
IR AO BANHEIRO		DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOLOU COMADRE.	
TRANSFERÊNCIA		SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.	
CONTINÊNCIA		TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.	
ALIMENTAÇÃO		LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.	
					<b>PONTUAÇÃO KATZ:</b>
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo				Data	__/__/__

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

## Grupo 1 – Elegibilidade

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

## Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

## Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
  - 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
  - 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
  - No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
  - A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

Disponível em: <http://www.neadsaude.org.br>

## ANEXO B - RELATÓRIO MÉDICO PARA DESOSPITALIZAÇÃO



### RELATÓRIO MÉDICO PARA DESOSPITALIZAÇÃO



Caro(a) Doutor(a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para casos que tenham necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar. É importante reforçar que somente os cuidados básicos e suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para Atenção Domiciliar.

#### Observações

1. Caso o paciente receba alta sem a liberação da operadora de saúde, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise da operadora.

1	Endereço para Atendimento:		Cidade:	Estado:
2	Cuidado Domiciliar prévio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, empresa:	
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:		Data prevista para Alta Hospitalar:	
4	Possui Cuidador identificado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5	Diagnósticos:			
6	Antecedentes:			
	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> IRC Dialítica
	<input type="checkbox"/> AVCI	<input type="checkbox"/> AVCh	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> IRC Não Dialítica
				<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar
7	Estado Clínico Atual:			
8	Grau de Atividade de Vida Diária:			
	<input type="checkbox"/> Dependente Total	<input type="checkbox"/> Dependência Parcial	<input type="checkbox"/> Independente	
9	Recursos Humanos Sugeridos:			
	<input type="checkbox"/> Enfermagem	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Médico	
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Respiratória	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Motora	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	
	<input type="checkbox"/> Outro Profissional:			

10	Suporte Ventilatório:	<input type="checkbox"/> Aspiração de Vias Aéreas ____ x/dia	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
		<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	<input type="checkbox"/> Cateter Nasal
		Oxigênio: ____ l/min	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Contínuo
		BIPAP / CPAP:	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Contínuo
11	Terapia Nutricional:	<input type="checkbox"/> SNE/SNG/Oral	<input type="checkbox"/> NPT
		<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia
12	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	<input type="checkbox"/> Medicação, Dosagem e Frequência da Administração:	
		<input type="checkbox"/> EV	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
		Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central Tipo:	
		Data Início: _____ Data Término: _____	
		<input type="checkbox"/> SVA intermitente ____ x/dia	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal
		<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia
13	Necessita de Remoção:	<input type="checkbox"/> Condução Própria	<input type="checkbox"/> Ambulância Simples <input type="checkbox"/> Ambulância UTI
		Observações:	
Data ____/____/____		_____ Médico (Carimbo e CRM Legível)	

**Fonte:** A construção deste modelo teve a participação do Grupo de Trabalho Home Care, composto pelos membros da Anahp - Associação Nacional dos Hospitais Privados, em parceria com o NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. Versão 1, de 18/04/2017.

**ANEXO C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTE – CRITÉRIOS DE  
ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO DOMILICAR**



**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTE  
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR**

<b>Dados Principais I</b>			
Convênio:		Nº Matrícula:	
Data:		Hora:	
Nome:			
Data Nasc.:		Sexo: [ ] Masculino	[ ] Feminino
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
<b>Dados Médicos</b>			
Nome do Médico Assistente:			
CRM:			
Especialidade:			
Telefone:			
Possui serviço de remoção?			
[ ] Não [ ] Sim Qual?			
<b>Dados Responsável Financeiro</b>			
Nome:			
Grau de parentesco com o paciente:			
CPF:		Data Nasc.:	
CEP:	Endereço:		Nº
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
email:			
<b>Dados do Hospital</b>			
Nome:			
Leito:	Quarto:	Andar:	Telefone:
Observações:			
<b>Acompanhante/Cuidador</b>			
			[ ] Ausência de Cuidador/Familiar
Cuidador principal - nome e idade:			
Telefone e email para contato:			
Grau de parentesco do cuidador com o paciente?			
Com quem o paciente irá morar?			
Haverá rodízio de cuidador? (descrever)			
Responsável pelo paciente (nome e telefone):			
<b>HISTÓRICO CLÍNICO</b>			
<b>Internações</b>			
[ ] 0-1 internações por ano [ ] 2-3 internações por ano [ ] Mais de 3 internações por ano			
Antecedentes e histórico pregresso:			

**Tempo desta internação:**

Menos de 10 dias                       De 10 a 30 dias                       Mais de 30 dias

Diagnóstico principal (CID): \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundário (CID): \_\_\_\_\_

Histórico de internação: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_\_\_

**Doenças/Avaliação**

Hipertensão             DM             DPOC             Neoplasias             Outros

Descrição:

Avaliação física:     Hidratado             Desidratado

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ BPM            Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ BPM

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg            Saturação O2: \_\_\_\_\_ %

**Nível de consciência:**

Consciente e calmo             Consciente e agitado             Confuso             Comatoso

**Dinâmica familiar/Protocolo de risco**

Dinâmica familiar:     Família presente             Família ausente             Família resistente às orientações

Família queixosa             Família ansiosa

Protocolo de risco:	<input type="checkbox"/> Alergia	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> BCP	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> MED Alerta	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> Queda	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> UPP	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> ITU	Histórico e risco: _____
	<input type="checkbox"/> NA	Histórico e risco: _____

**Estímulo/Movimentação/Plegia**

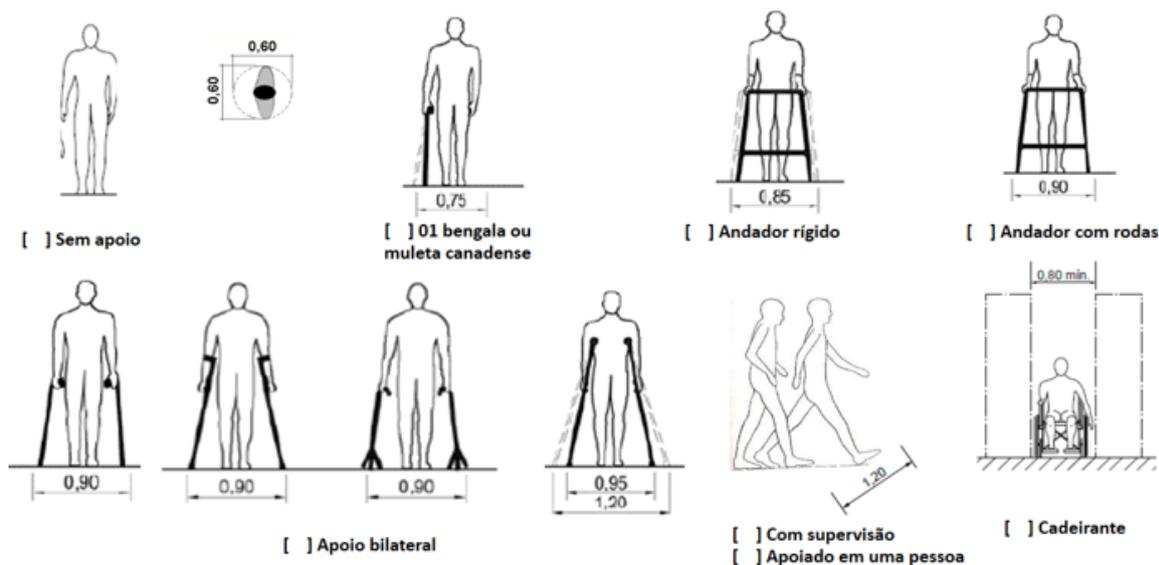
Resposta a estímulos:     Responsivo             Não responsivo

Quadro clínico:     Estável             Instabilidade parcial             Instável  (pontua para inelegibilidade)

Descrição:

Movimentação:     Resrito ao leito             Deambula sem auxílio             Deambula com auxílio

## Condição de Mobilidade



Observações:

	Sim	Não	Condição		
Altura da órtese compatível			↑	↓	
Ponteiros de borracha adequadas					
Calçado firme aos pés			aberto	solto	solado escorregadio
Deambula apoiado no mobiliário					
Diâmetro de 1,2m para cadeira de rodas					
Acamado					

Plegia:  Ausente  Presente com adaptação  Presente sem adaptação

Descrição:

### ESCALA DE DOWNTON (TRADUZIDA)

#### Seção D - Escala de Risco de Quedas

Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco:

Quedas anteriores	Não Sim*
Medicações	Nenhuma Tranquilizantes/sedativos* Diuréticos* Anti-hipertensivos*(além dos diuréticos) Drogas antiparkinsonianas* Antidepressivos* Outras medicações
Déficit sensorio	Nenhuma Visão prejudicada* Audição prejudicada* Membros* (amputação, AVC (derrame), neuropatia, etc)
Estado mental (mini mental)	Orientado Confuso (MEEM)* sem uso do mini mental

<b>Marcha</b> (modo de andar)		Normal Seguro com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador, ...) Inseguro com/sem equipamentos* Incapaz		
<b>* Pontuação igual ou superior a 3 indica um alto risco de quedas.</b>				
<b>Medicações (nomes genéricos)</b>				
<b>Tranquilizantes/ sedativos</b>	<b>Diuréticos</b>	<b>Antihipertensivos</b>	<b>Drogas antiparkinsonianas</b>	<b>Antidepressivos</b>
Bromazepam Buspirona	Hidroclorotiazida Bumetanida Piretanida Furomesida Indapamida Manitol Amilorida Espironolactona Clortalidona Acetazolamida	Clonidina Rilmenedina Irbesartana Telmisartana Valsartana Doxazosina Felodipina Nifedipina Captopril Hidralazina Losartana Anlodipina Carvedilol	Biperideno Entacapona Levodopa Pergolida Pramipexol Selegilina Tolcapona Triexifenidilina	Amineptina Amitriptilina Citalopram Clomipramina Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Imipramina Nefazodona Nortriptilina Paroxetina Sertralina Venlafaxina
<b>Respiração</b>				
<b>Padrão respiratório:</b>				
[ ] Eupneico      [ ] Período de dispneia      [ ] Dispneia constante      [ ] Períodos de apneia				
<b>Dependência de O2:</b> [ ] Ausente    [ ] Intermitente    [ ] Contínua    _____ l/min				
<b>VM:</b> [ ] VM intermitente      [ ] VM contínua      Parâmetros: _____ [ ] Invasiva      [ ] Não invasiva				
<b>Secreção pulmonar:</b> [ ] Ausente    [ ] Pequena/Moderada    [ ] Média    [ ] Abundante				
<b>Aspecto:</b> [ ] Purulenta    [ ] Mucoide    [ ] Hialina    [ ] Raias de sangue				
<b>Aspiração/Traqueostomia</b>				
<b>Aspiração:</b> [ ] Presente    [ ] Ausente    Nº da sonda: _____    Qtd: _____ vezes/dia				
<b>Região aspiração:</b> [ ] VAS    [ ] Cavidade oral    [ ] Traqueostomia				
<b>Traqueostomia:</b> [ ] Cânula metálica      [ ] Cânula plástica com inner      [ ] Cânula plástica sem inner [ ] Cuff inflado      [ ] Cuff desinflado				
<b>Sialorreia:</b> [ ] Sim    [ ] Não				
<b>Apresenta engasgo/tosse durante ou após alimentação/hidratação:</b> [ ] Sim    [ ] Não				
<b>Realiza fonoterapia no hospital:</b> [ ] Sim    [ ] Não				
<b>Estado nutricional:</b> [ ] Eutrófico    [ ] Emagrecido    [ ] Caquético    [ ] Obeso    [ ] Sobrepeso				
<b>Peso:</b> _____ <b>Altura:</b> _____				

**Alimentação**

Via de alimentação principal:

 Via oral exclusiva     Via oral com auxílio     SNE     GTT     SOG/SNG     JTT     NPT

Nº: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

**Ostomia**

Localização: \_\_\_\_\_

Aspecto da ostomia:  Íntegra     Granuloma     Hiperemia     Sinais flogísticos**Eliminações** Sem auxílio     Uripem     Cistostomia     Cateterismo intermitente     SVD     Urostomia

Qts vezes/dia: \_\_\_\_\_

Familiar treinado:  Sim  Não Sem controle esfinteriano/fralda

Nº fraldas/dia: \_\_\_\_\_

Tamanho fralda:  P  M  G  GG**Abdome** Flácido     Globoso     Escavado     Distendido     Doloroso a palpação     IndolorRHA:  Presente     Ausente

Dreno/Cateteres/Ostomias:

 Ausentes     Presente com família apta     Presente com família inapta

Localização: \_\_\_\_\_

**Higiene** Sem auxílio     Com auxílio     Dependente**Curativos** Ausentes ou simples     Médios     Grandes     Complexos

Resumo curativos:

**Pele** Íntegra     Hematomas locais     Pele friável     Edema local     Ferida operatória UPP g     UPP gII     UPP gIII     UPPgIV     Outros

Resumo avaliação da pele:

**Hábito intestinal** Regular     Constipado     Diarréia

Resumo hábito intestinal:

### **Medicações**

VO ou SNE       IM ou SC 1-2x ao dia       IM ou SC mais de 2x ao dia       EV 1-2x ao dia  
 EV mais de 2x ao dia

### **Dispositivo venoso**

Periférico       Cateter central       Não utiliza

Opção dispositivo venoso:       Intracath       Cateter de Hickman       PICC       Shiley       Portcath

Nº agulha: \_\_\_\_\_      Data da troca: \_\_\_\_\_      Data do último curativo: \_\_\_\_\_

Resumo dispositivo venoso:

Prescrição médica:

Data da prescrição: \_\_\_\_\_

Medicações de risco - opioides, anticoagulantes, sedativos, insulina:       Sim       Não

Nome e CRM:

### **Escala de Braden**

Percepção sensorial:

Totalmente limitado       Muito limitado       Levemente limitado       Nenhuma limitação

Umidade:

Completamente molhada       Muito molhada       Ocasionalmente molhada       Raramente molhada

Atividade:

Acamado       Confinado a cadeira       Anda ocasionalmente       Anda frequentemente

Mobilidade:

Totalmente imóvel       Bastante limitado       Levemente limitado       Não apresenta limitações

Nutrição:

Muito pobre       Provavelmente inadequado       Adequado       Excelente

Fricção e cisalhamento:

Problema       Problema em potencial       Nenhum problema

### **Avaliação dos aspectos sociais e da residência**

Área de risco:

Queda de luz com frequência       Alagamento       Local de difícil acesso       Local inseguro

Transporte inacessível       Casa inadequada

Necessidade de adaptações na residência:

Alargamento das portas      Quantas? \_\_\_\_\_

Tomadas exclusivas para os equipamentos      Quantas? \_\_\_\_\_

Escada      Quantos lances? \_\_\_\_\_

Elevador

Prédio com gerador

Voltagem \_\_\_\_\_

Acesso para ambulância

Outros \_\_\_\_\_

Fonte: Hospitalar Ats

## ANEXO D - PLANO DE ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

 <b>hospitalar</b> <b>ATS</b> ATENÇÃO TOTAL À SAÚDE		<b>GESTÃO DO CUIDADO</b>			
<b>Dados do Paciente</b>					
Nome do Paciente		Convênio		Data de Implantação	
Data de Nascimento		Produto		Nome Cuidador Principal	
<b>Dados do Médico Assistente</b>					
Nome			Contato		
<b>Diagnóstico Principal da Atenção Domiciliar (ATUAL)</b>					
<b>Comorbidades</b>					
<b>Diagnóstico Funcional</b>					
Síndrome		Ventilação	Mobilidade	Continência	Cognição
Linguagem		Oxigenoterapia	Nutrição	Traqueostomia	Deambulação
<b>Identificação de Riscos</b>					
Risco de Queda?	Risco de Lesão?	Precaução de Contato?	Manejo de Dor?	Alergia?	Restrição Alimentar?
Descrição	Descrição	Descrição	Descrição	Descrição	Descrição
<b>Meta Global</b>					
<b>Prazo</b>					
<b>Status</b>					
<b>Trajetória Terapêutica</b>					
Serviço	Periodicidade		Objetivos	Prazos	Status
Registros não encontrados					
<b>Treinamentos</b>					
Cuidador Necessita Treinamento?			Tipo de Treinamento	Status	Cuidador Apto?
Registros não encontrados					
 <b>hospitalar</b> <b>ATS</b> ATENÇÃO TOTAL À SAÚDE		Hospitalar ATS Av.Cristovão Colombo,545 - Prédio 1 - 4º e 5º andares - Fone (52)3269-5000 - Bairro Floresta - CEP 90-560-003 - Porto Alegre/RS			

**Fonte:** Elaboração Hospitalar ATS.