

MANUAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Associação Nacional de Hospitais Privados

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar



MANUAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Associação Nacional de Hospitais Privados

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ANAHP

Presidente: Francisco Balestrin | H. Vita Curitiba – PR

Vice-Presidente: Eduardo Amaro | H. e Maternidade Santa Joana – SP

Ary Ribeiro | H. do Coração (HCor) – SP

Fernando Torelly | H. Sírio-Libanês – SP

Francisco Eustácio Vieira | H. Santa Joana – PE

Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein – SP

José Ricardo de Mello | H. Santa Rosa – MT

Maria Norma Salvador Ligório | H. Mater Dei – MG

Paulo Junqueira Moll | Hospital Barra D'Or – RJ

CONTEÚDO

Grupo de Trabalho Home Care

EDIÇÃO E REVISÃO

Flavia Borelli

Maria Carolina Buriti

Marcelo Vieira

DIAGRAMAÇÃO:

Luis Henrique de Souza Lopes

PRODUÇÃO GRÁFICA:

Formags Indústria Gráfica

SÃO PAULO

Rua Cincinato Braga, 37 – 4º andar

São Paulo – SP

01333-011

Telefone: +55 11 3178.7444

anahp@anahp.com.br

BRASÍLIA

SH/Sul Quadra 06, Conjunto A, Bloco E - Sala 801

Edifício Business Center Park

Brasília - DF

70322-915

Telefone: +55 61 3039.8421

brasil@anahp.com.br

SOBRE A ANAHP

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, durante o 1º Fórum Nacional de Hospitais Privados, em Brasília, e fundada em 11 de setembro do mesmo ano, a Anahp surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros. Atualmente, a entidade ocupa uma função estratégica no desdobramento de temas fundamentais à sustentabilidade do sistema. Representante de hospitais reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, a Anahp está preparada para fortalecer o relacionamento setorial e contribuir para a reflexão sobre o papel da saúde privada do país.



SOBRE O GRUPO DE TRABALHO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ANAHP

O grupo de trabalho de Atenção Domiciliar – Home Care foi inserido no programa Inovação e Gestão da AnaHP a partir de setembro de 2015 e desenvolveu este manual em parceria colaborativa com o NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar) a fim de orientar, esclarecer e padronizar termos, situações e procedimentos rotineiramente vivenciados no exercício da atividade. Foi baseado em experiências adquiridas pelos integrantes, na legislação e literatura científica disponível.

Sendo a Atenção Domiciliar uma estratégia de cuidado que vem sendo utilizada de maneira formal apenas mais recentemente, nuances e limites estão em contínuo aperfeiçoamento. Por isso, é de fundamental importância a adoção de conceitos e critérios padronizados que rejam a Atenção Domiciliar no Brasil, favorecendo o alinhamento entre os diversos envolvidos no cuidado em saúde e evitando distorções na aplicação.

DIRETORIA NEAD

Presidente: Luís Cláudio Rodrigues Marrochi
Vice-Presidente: Leonardo Ferreira Zimmerman
Diretor Secretário: Sergio Candio
Diretor Tesoureiro: Ari Bolonhezi
Conselho Fiscal: Kelvin Kaiser

CONTEÚDO

Grupo de Estudos Nead

SÃO PAULO

Rua Afonso Brás, 900 Cj. 502
São Paulo – SP
04511-011
Telefone: +55 11 3045-3008
neadsaude@neadsaude.org.br

SOBRE O NEAD

Mesmo sendo uma atividade cuja história se confunde com a da própria medicina, a Atenção Domiciliar em saúde vem sendo resgatada e disseminada por todo mundo porque adquiriu características modernas e é considerada, hoje, como importante ferramenta de gestão. Por isso, é uma tendência mundial e está presente nas discussões das políticas de saúde pública e privada.

No Brasil, embora os primeiros registros formais sejam da década de 1940, foi a partir de 1990 que houve a expansão contínua da modalidade, que passou a ocupar um papel cada vez mais significativo, aumentando representatividade e participação na economia do país. Como consequência desse crescimento, surgiu a necessidade urgente de criar normas e regras para garantir a qualidade dos serviços, padronização e correta propagação.

Nesse contexto, em 2003, um grupo de profissionais envolvidos com a prestação de serviços domiciliares em saúde fundou o NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar, para unir não apenas as associadas, mas também todas as entidades e colaboradores interessados no fortalecimento e aprimoramento da modalidade.

Com o objetivo de garantir o sucesso do empreendedor, a satisfação do financiador e a confiabilidade do consumidor, o NEAD tem vários desafios, como a construção de indicadores mais precisos e específicos, capacitação profissional e agilidade dos processos, mas, ao longo do tempo, já soma muitas conquistas:

- apresentação de sugestões e propostas para os principais órgãos reguladores, contribuindo com a implementação de importantes medidas e ações para o segmento;
- criação do Grupo de Estudos;
- criação de Tabelas de Indicação e de Manutenção de Internação Domiciliar;
- elaboração de estudos para a criação das Tabelas de Atendimento Domiciliar;
- realização de eventos para discussão de vários temas com as operadoras, fornecedores e associadas;
- promoção de eventos de Educação Continuada;
- participação em eventos nacionais e internacionais de diferentes áreas médicas;
- realização do Censo NEAD (2004/2005 – 2013/2014 – 2017/2018 em elaboração);
- lançamento de um dos primeiros livros oficiais sobre a história do setor;
- lançamento do Caderno de Boas Práticas NEAD.

A missão do Nead é difundir o conceito da assistência domiciliar, contribuindo para o fortalecimento do setor, desenvolvendo ações e instrumentos que estabeleçam padrões e critérios mínimos de qualidade, considerando as necessidades de todos os envolvidos no processo: pacientes, prestadores de serviços, operadoras de saúde e profissionais da saúde.

AUTORES

Amanda Ap. de Oliveira Vieira, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Ana Paula Medeira de Castro, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Vera Cruz

Ari Bolonhezi, diretor tesoureiro - Home Doctor

Carla Stockler, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Cátia Paiva, grupo de estudos Nead - Home Doctor

Flavia Nascimento de Camargo, coordenadora do grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Israelita Albert Einstein

Flávia Canuto, grupo de estudos Nead - Integral Saúde

Grace Braga, grupo de estudos Nead - Saúde Care

Irla Santos, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Isabel Dias Vitor Alves da Silva, grupo de estudos Nead - ProCare

Leonardo Zimmerman, vice-presidente Nead - Integral Saúde

Leticia Vieira Mendes Da Silva, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Vera Cruz

Luciano Rodrigues de Oliveira - Hospital Sírio Libanês

Luís Cláudio Rodrigues Marroch, presidente Nead - Saúde Care

Marcia Megumi Endo Kato, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Samaritano

Márcia Reverendo Accorsi, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Vera Cruz

Maria Cristina Gomes de Oliveira, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Vera Cruz

Marta Ferreira Passo, grupo de trabalho Home Care Anahp - SOS Vida

May Magalhães Sholl, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Márcio Cunha

Paula Gurgel da Fonseca, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Priscila Bernardo Kiehl, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Israelita Albert Einstein

Sabrina Neves Fernandes, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Sérgio Candio, diretor secretário Nead - ProCare

Roni de Paiva, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Tawani Andrade de Lima, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Vagner dos Anjos Araujo, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Vanessa Rabadan, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

Vivian Cristina de Souza Oliveira, grupo de trabalho Home Care Anahp - Hospital Nipo-Brasileiro

Yara Adriana Rodrigues, grupo de trabalho Home Care Anahp - PRONEP

ÍNDICE

| | |
|---------------------|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 13 |
|---------------------|-----------|

| | |
|-----------------|-----------|
| PREFÁCIO | 14 |
|-----------------|-----------|

| | | |
|----------|-------------------------------------|-----------|
| 1 | ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL | 16 |
|----------|-------------------------------------|-----------|

| | | |
|--|---|----|
| | HISTÓRICO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL | 17 |
|--|---|----|

| | | |
|--|--|----|
| | CONTEXTO ATUAL DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL | 17 |
|--|--|----|

| | | |
|--|--|----|
| | REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL | 19 |
|--|--|----|

| | | |
|--|-----------|----|
| | CONCEITOS | 19 |
|--|-----------|----|

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2 | FRONTEIRAS DE RESPONSABILIDADE DO CUIDAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR | 20 |
|----------|---|-----------|

| | | |
|--|---------------------------------|----|
| | AS RESPONSABILIDADES DO CUIDADO | 22 |
|--|---------------------------------|----|

| | | |
|--|---|----|
| | EM LINHAS GERAIS SÃO ATIVIDADES DO CUIDADOR | 23 |
|--|---|----|

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 3 | CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | 26 |
|----------|-----------------------------------|-----------|

| | | |
|--|---|----|
| | CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | 28 |
|--|---|----|

| | | |
|--|--|----|
| | CRITÉRIOS TÉCNICOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR | 30 |
|--|--|----|

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4 | DIFERENTES MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA | 34 |
|----------|--|-----------|

5 DESOSPITALIZAÇÃO **36**

| | |
|---|----|
| O HOSPITAL NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO | 38 |
| A OPERADORA NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO | 40 |
| SOLICITAÇÃO MÉDICA | 40 |
| AVALIAÇÃO INICIAL – TABELA NEAD | 41 |
| PLANO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD) | 41 |

6 IMPLANTAÇÃO **42**

| | |
|-------------------------------------|----|
| AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO | 44 |
| TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITAL-CASA | 44 |
| EDUCAÇÃO DO PACIENTE E CUIDADOR | 44 |
| AVALIAÇÃO E PREPARO DO DOMICÍLIO | 45 |
| TRANSFERÊNCIA DO HOSPITAL PARA CASA | 46 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO | 46 |

7 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR **48**

| | |
|----------------|----|
| ENFERMAGEM | 49 |
| MÉDICO | 49 |
| FISIOTERAPIA | 49 |
| FONOAUDIOLOGIA | 49 |
| NUTRIÇÃO | 50 |
| PSICÓLOGO | 50 |
| SERVIÇO SOCIAL | 50 |

8 GERENCIAMENTO E DESFECHO CLÍNICO **52**

9 SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR **54**

| | |
|---|----|
| DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO | 55 |
| OUTROS FATORES IMPORTANTES PARA A SEGURANÇA DA ATENÇÃO DOMICILIAR | 59 |
| ELEGIBILIDADE E COMPLEXIDADE | 59 |
| NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES OU EVENTOS ADVERSOS | 59 |
| MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO | 59 |
| PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO | 60 |

10 INDICADORES ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVOS **62**

| | |
|--|----|
| TIPOS DE INDICADORES | 63 |
| ELABORAÇÃO DOS INDICADORES | 64 |
| VALIDAÇÃO | 65 |
| ANÁLISE DE RESULTADOS E PLANEJAMENTO E AÇÕES DE MELHORIA | 65 |

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS **66**

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **68**

13 ANEXOS **72**





APRESENTAÇÃO

Vivemos em um mundo de constante e rápida transformação, o que nos exige também a pensar em novas formas e alternativas de cuidado à saúde. Isso é cada vez mais necessário diante da mudança do perfil dos pacientes: temos mais idosos e também mais doentes crônicos. Diante dos cuidados integrados que essas pessoas precisam, sabemos que uma coisa é certa: a assistência à saúde continuará além dos muros do hospital.

É neste contexto que a Atenção Domiciliar se destaca. Ela oferece aos pacientes que já não precisam da atenção crítica do leito hospitalar e sim de uma rotina de cuidados e monitoramento para recuperação de seu quadro estável.

Este Manual, produzido por meio de cooperação entre a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (Nead), busca estabelecer as boas práticas necessárias para que este crescente setor preste no Brasil cuidados de saúde de qualidade e ajude os elos envolvidos a executar os processos de forma eficaz, garantindo o bem-estar do paciente.

Trata-se de uma publicação preciosa e inédita.

Entre os papéis desta cooperação está o de explicar e padronizar termos, além de detalhar os procedimentos de rotina necessários ao exercício desta atividade. Esta publicação nasceu da experiência compartilhada entre os integrantes do Nead e os participantes do Grupo de Trabalho de Atenção Domiciliar da Anahp, que congrega membros das entidades afiliadas à Associação. Considera ainda a legislação vigente e a literatura científica disponível.

Espera-se, caríssimo leitor, que este Manual de Atenção Domiciliar e os conceitos e práticas por ele estabelecidos lhes sejam de grande valia para aprimorar o cuidado extra-hospitalar prestado no País.

Boa leitura!

Francisco Balestrin

PREFÁCIO

A Atenção Domiciliar se desenvolve a cada dia. A palavra de ordem é “Credibilidade”. Destaco esta palavra por encetar um profundo conjunto de mudanças que passamos nos últimos anos. A crescente necessidade por controle de custos e desperdício; da avaliação por performance; da gestão da qualidade e da segurança assistencial, fez crescer a necessidade de compartilhamento de experiências. A Anahp e o NEAD selaram acordo de cooperação a fim de trabalhar o digno direito de se concorrerem para as boas práticas da Atenção Domiciliar (AD). Esta, essencial ferramenta de assistência à saúde.

Passamos um período de participações em workshops, eventos, discussões e reuniões que culminaram com a obra em nossas mãos. O Manual de Atenção Domiciliar é o resultado alcançado pelo compartilhamento de tempo e de esforços de muitas pessoas que se dedicam ao florescer da AD no Brasil e, quiçá, fora de nosso país.

Os temas discutidos estão pari passu com as expectativas, anseios e desejos de todos os stakeholders do setor da AD. Fomenta-se, nesta obra, a criação de indicadores de qualidade para AD, o que transcreve a capacitação dos profissionais envolvidos e a necessidade de homogeneidade dos conceitos empreendidos diuturnamente. A abertura do manual começa com a Atenção Domiciliar no Brasil e perpassa por temas relevantes como: Fronteiras de responsabilidade do cuidar na Atenção Domiciliar; Critérios de elegibilidade; Diferentes modalidades de assistência; Desospitalização; Implantação; Equipe multidisciplinar; Gerenciamento e desfecho clínico; Segurança do paciente na Atenção Domiciliar e, Indicadores assistenciais e administrativos. Os autores são experientes e debruçaram-se sobre o encantamento que a AD busca incorporar à assistência dos clientes que dela necessitam para enfrentar a doença.

Espero que os leitores desta obra se sintam fortalecidos e inspirados para o desenvolvimento pessoal, empresarial e setorial. Faça-se a Luz. Fez-se o Conhecimento!

Luís Cláudio Rodrigues Marrochi





A photograph of a doctor in a white coat and stethoscope examining a young girl. The doctor is on the left, leaning over the girl on the right. The girl is smiling and looking up at the doctor. The image has a blue tint. A large orange number '1' is overlaid on the left side of the image.

1

**ATENÇÃO
DOMICILIAR
NO BRASIL**

HISTÓRICO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

A prática da Atenção Domiciliar, em diferentes países, ao longo dos últimos séculos, encontra-se descrita na literatura relacionada tanto a ações de prevenção de doenças, principalmente as infectocontagiosas, quanto para tratamentos curativos, baseados no perfil epidemiológico das populações e nas condições tecnológicas de cada época.

No século XX no Brasil, se destacam algumas experiências marcantes na área da saúde, tais como: Serviço de Enfermeiras Visitadoras – Escola de Enfermagem Ana Neri em 1920, Fundação Cesp em 1942, Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU em 1949, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1968, Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991, Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, iniciativas de Prefeituras Municipais e Hospitais Universitários, Programa Melhor em Casa em 2011, entre outros. Apesar disso, a organização e prática da Atenção Domiciliar tornaram-se expressivas tanto no setor público quanto privado somente a partir dos anos 1990, no auge do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, dado o acelerado envelhecimento populacional e a alta prevalência das doenças e condições crônicas.

Desde então observa-se importante crescimento dos Serviços de Atenção Domiciliar, também designados como de Home Care, principalmente em função das necessidades de racionalização dos recursos de saúde, otimização de leitos hospitalares, transição segura do hospital para o domicílio, proporcionando sustentabilidade para o processo de desospitalização e redução da necessidade de reinternações, sobretudo para os portadores de condições crônicas e de quadros agudos estabilizados. Além disso, a demanda por maior humanização do atendimento aos que necessitam de cuidados técnicos continuados tem reforçado o apoio a esta modalidade assistencial, além de outros benefícios individuais e para o sistema de saúde como um todo. A Atenção Domiciliar no Brasil ganhou força por volta de 1994, com a entrada de empresas

privadas no seguimento. Em 2003 tivemos um marco importante para a história da Atenção Domiciliar, que foi a criação do NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar), que contribuiu para a organização e ampliação da modalidade de atendimento. Em 2006, o grupo de Estudos do NEAD lançou o primeiro instrumento para avaliação quanto aos critérios de elegibilidade para o Atendimento Domiciliar, sendo possível a padronização da indicação dos serviços e a classificação para os diferentes tipos de programas de atendimento.

Após 10 anos, com a evolução do cenário de Atenção Domiciliar no Brasil, houve a necessidade de revisão do instrumento, sendo novamente realizado pelo Grupo de Estudos do NEAD, com publicação em 2016.

Em 2014 a Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), em virtude da crescente demanda do serviço e necessidade de maiores discussões sobre o tema, formou o Grupo de Estudos em Home Care.

No primeiro semestre de 2015, o Conselho de Administração da Anahp, através da mudança no Estatuto Social, passou a aceitar empresas de Home Care como afiliadas. No segundo semestre de 2015, foi instituído novo grupo de trabalho voltado a Atenção Domiciliar, composto por hospitais e empresas afiliadas.

Em novembro de 2016, foi firmado parceria entre NEAD e Anahp, buscando disseminar boas práticas e fortalecer o setor.

CONTEXTO ATUAL DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde, através do relatório sobre “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”, emitiu importante alerta de que as condições crônicas serão a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano de 2020, tornando os problemas de saúde ainda mais dispendiosos para o nosso sis-

tema. Ressalta também que, enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas de saúde, as despesas continuarão incontroláveis, sem benefícios equivalentes aos gastos para toda a população (OMS, 2002).

De acordo com estudo do IBGE de 2017, a população brasileira ultrapassou os 207 milhões de pessoas. Em 1991 tínhamos 7 milhões de brasileiros com mais de 65 anos, ou 4,8% da população. Vinte anos depois, em 2010 já contávamos com 14 milhões de brasileiros com mais de 65 anos - 7,4% da população. A previsão para 2025 é que 24 milhões de pessoas estejam com mais de 65 anos, representando 11% da população brasileira.

As doenças cujo principal fator de risco é a idade tendem, a elevar a sua prevalência, como a doença de Alzheimer, que quase dobra a cada cinco anos, depois que o indivíduo ultrapassa os 65 anos.

Neste cenário, o perfil de adoecimento da população muda de modo radical, uma vez que a doença crônica acarreta maior disfunção orgânica, leva à dependência, aumenta os riscos de eventos inesperados, como quedas, aumentando, portanto, a taxa de utilização dos serviços de saúde.

Diante deste panorama, a saúde brasileira se vê mais uma vez carente de novos modelos de atenção. Ainda hoje o foco do atendimento é a assistência médico-hospitalar, o que gera demanda crescente por atendimento hospitalar. Os serviços de Atenção Domiciliar, em especial a modalidade de internação, vêm se transformando em uma eficiente ferramenta de gerenciamento do cuidado integral e uma solução para o acompanhamento de pacientes que podem ser desospitalizados e para que não necessitem ser reinternados por reagudizações de condições crônicas.

Entre os inúmeros benefícios, o modelo de Atenção Domiciliar vem contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de comunicação da equipe multiprofissional com os familiares dos pacientes e uma maior adesão a programas de prevenção de agravos clínicos e de promoção de saúde. Destacam-se ainda a diminuição do risco da infecção cruzada hospitalar, a humanização do cuidado, a sensação de bem-estar e segurança proporcionados pelo ambiente familiar e seu impacto na recuperação dos pacientes. Além disso, uma das principais contribuições da Atenção Domiciliar tem sido o favorecimento da liberação de leitos para casos

que dependam exclusivamente de procedimentos e terapêuticas que só podem ser realizados em ambiente hospitalar.

Destacamos a seguir vários fatores que tornam hoje a Atenção Domiciliar um serviço fundamental para aumentar a eficiência do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado:

- 15 milhões dos consumidores têm mais de 60 anos;
- Em 2025 o país terá 24 milhões de idosos com mais de 65 anos, alta prevalência de doenças crônicas dado o envelhecimento da população;
- Anseio crescente da população por modalidades assistenciais fora do hospital, sobretudo para seguimento de doenças crônicas;
- Doenças crônicas são a primeira causa de incapacidade;
- Maior dependência dos pacientes leva à maior utilização dos serviços de saúde;
- Leitos hospitalares devem ser utilizados por pacientes com demandas clínicas de maior complexidade;
- Existência de regulamentação para o funcionamento de serviços de Atenção Domiciliar por parte da Anvisa e para a atuação dos profissionais por meio dos Conselhos Federais de Enfermagem, Farmácia e Medicina;
- Esta modalidade assistencial propicia melhor atendimento de situações crônicas e individualização do cuidado por meio do cuidado integral e acompanhamento de casos levando a maior adesão ao tratamento;
- Oferta de cuidado interdisciplinar humanizado;
- Necessidade de redução dos índices de infecção hospitalar;
- Necessidade de otimização dos custos em saúde.

Este cenário tem contribuído para o crescimento da demanda por serviços de Atenção Domiciliar, sendo importante a existência de regulamentação e normatização do segmento.

REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

A exemplo do que vem ocorrendo há vários anos em muitos países do mundo, o Brasil, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, passou a discutir de forma consistente a revisão do modelo assistencial privado suplementar, e a Atenção Domiciliar vem sendo contemplada como uma modalidade alternativa e complementar ao modelo atual por diversas operadoras da saúde suplementar. Uma das razões que contribuiu para a inclusão da Atenção Domiciliar nessa discussão foi inicialmente a publicação da portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar. Posteriormente, em 15 de abril de 2002, foi promulgada pelo Presidente da República a Lei Complementar 10.424 que criou no âmbito do Sistema Único de Saúde o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Em 2002 o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou a resolução de nº 270/2002 que regulamenta as empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar no Brasil. Também em 2002 o Conselho Federal de Farmácia (CFF) emitiu a resolução de número 386, que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. Em maio de 2003 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a resolução nº 1.668/2003, que estabeleceu normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, do hospital, de empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) passou a regulamentar o funcionamento dos serviços, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11, publicada em 26 de janeiro de 2006. Esta resolução é aplicável a todo serviço de Atenção Domiciliar, público ou privado, que oferece assistência e/ou internação domiciliar.

CONCEITOS

Conceitos de acordo com a RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Anvisa:

Admissão em Atenção Domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do plano de atenção domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

Alta da Atenção Domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

Atenção Domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da Atenção Domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde a admissão até a alta.

Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

A woman in profile on the left is talking to an elderly man with glasses on the right. The man is smiling and has his hand on the woman's shoulder. The background is a window with blinds. The entire image has a blue tint.

2

**FRONTEIRAS DE
RESPONSABILIDADE
DO CUIDAR NA
ATENÇÃO
DOMICILIAR**

A Atenção Domiciliar é uma modalidade assistencial de caráter substitutivo ou complementar às intervenções hospitalares e/ou ambulatoriais que garante a continuidade do cuidado e integra às redes de atenção à saúde. Esse modelo assistencial consiste em um conjunto de ações que visa a promoção, a prevenção e o tratamento de patologias, assim como a reabilitação da saúde, sendo estes prestados no contexto do domicílio (BRASIL, 2013).

Essa modalidade tem como objetivo garantir a continuidade da assistência no domicílio, consolidando-se como uma nova lógica de atuação dos profissionais da saúde, objetivando o restabelecimento e a manutenção da saúde do indivíduo, assim como sua autonomia e independência por meio de adaptação de funções e participação social, possibilitando a redução de reinternações, facilitando a desospitalização e promovendo melhor qualidade de vida aos usuários, familiares e cuidadores (BRONDANI et al. 2010).

O fortalecimento de práticas assistenciais demanda novas estratégias para o cuidado em saúde, proporcionando ampliação de espaços de saúde, melhoria da qualidade da assistência e promoção do cuidado integral. Neste contexto destacam-se os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), cuja expansão a nível nacional se deu na década de 1990 (SILVA et al., 2010). A Atenção Domiciliar (AD) é uma ferramenta atual de assistência à saúde, sendo uma alternativa comprovadamente eficaz para atendimentos de curta ou longa permanência. Por tratar-se de um atendimento individualizado, cada paciente recebe um tratamento específico conforme necessidades clínicas e assistenciais, podendo contar com diferentes profissionais de saúde. Para que todo esse processo ocorra de forma efetiva e eficaz, a família tem papel fundamental no cuidado.

A admissão do paciente na AD, está condicionada à presença de cuidador identificado no momento da implantação do serviço, sendo este responsável por acompanhar os cuidados com o paciente/cliente, durante todo plano assistencial domiciliar.

Tal cuidador indicado pela família tem papel fundamental para o sucesso do plano terapêutico estabelecido dentre eles: acompanhar e apoiar as atividades diárias do paciente, ser referência para agrupar as informações e repassá-las à equipe assistencial e assumir os cuidados com o paciente em caso de alta domiciliar.

Mesmo que a família opte pela contratação de um cuidador para assumir as atividades descritas anteriormente, é fundamental que também eleja um responsável pelo paciente que deverá exercer o papel de tomador de decisões e realizar atividades burocráticas relacionadas ao cuidado. A residência ou outro local onde o paciente vai permanecer deve ter condições de estrutura física e higiene, ou deverá ser adaptada para permanência do paciente e para atuação da equipe multiprofissional.

É parte do Programa de Atenção Domiciliar educar todos os envolvidos no cuidado do paciente, visto que cuidadores e familiares devem estar preparados, bem orientados e aptos para dar seguimento ao cuidado proposto no momento da alta.

Para o sucesso da AD, é fundamental que o profissional da Saúde compreenda a família que está recebendo esse cuidado, sua estrutura e funcionalidade (BRASIL, 2011; WAGNER, 2001).



AS RESPONSABILIDADES DO CUIDADO

A Atenção Domiciliar possui a especificidade de ser realizada em ambiente privativo familiar, em que regras e normas técnicas e institucionais devem considerar como finalidade cuidar do paciente de maneira segura, o respeito às peculiaridades individuais, familiares e culturais do grupo assistido sem, no entanto, abrir mão de prerrogativas mínimas para o bom êxito da assistência realizada. A rigor, a internação domiciliar importa algumas rotinas utilizadas em hospitais, adaptadas ao domicílio e ajustadas às especificidade e peculiaridades dos serviços de assistência em domicílio.

Ademais, pelo fato da assistência ocorrer no domicílio do paciente, amplia-se a relevância imediata dos atores envolvidos no processo de cuidado. O papel central da família e do cuidador é garantir o bom êxito do cuidado e a transição do indivíduo de volta para a rotina pessoal sempre que possível, a despeito de

eventuais limitações individuais impostas pela própria doença.

É importante reforçar que a Atenção Domiciliar pressupõe temporalidade, devendo o paciente receber alta quando for possível conforme indicação técnica realizada por equipe médica que assiste o paciente, transferindo a continuidade dos cuidados para a família ou cuidador, com apoio e recursos da assistência ambulatorial.

A diferença entre os atores mais imediatos da assistência, **cuidador e auxiliar/técnico de enfermagem**, é de fundamental relevância, pois se trata de variável frequentemente indutora de erro de entendimento sobre as responsabilidades e **distorção grave de expectativa**. Entende-se como procedimento técnico aquele passível de ser realizado **apenas por profissional de saúde** devidamente habilitado e registrado. Pode-se utilizar a Tabela NEAD como norteador dos critérios de indicação de cuidados de enfermagem (Anexo 1) a ser detalhada mais adiante.

Tais definições não são privilégio da Atenção Domiciliar, se tratando de normatização predefinida pelas práticas de saúde em qualquer instituição, seja esta hospitalar ou não, e devidamente validadas pelos conselhos nacionais



de medicina e enfermagem. Entende-se como papel do cuidador a realização ou auxílio nas **tarefas básicas** de vida diária, sempre que o indivíduo possua alguma limitação de forma transitória ou permanente. Tarefas básicas de vida estão relacionadas a auto sobrevivência e referem-se à alimentação, higiene, deslocamento, administração de medicações orais ou por via substitutiva equivalente, cabendo à família o fornecimento de cuidador. Abaixo segue caracterização das responsabilidades dos atores envolvidos na assistência ao paciente em domicílio:

OPERADORAS

- Recepcionar e analisar as solicitações médicas indicando o serviço de Atenção Domiciliar;
- Direcionar as solicitações e dados dos pacientes que atendam os critérios para as empresas prestadoras de serviços;
- Recepcionar e analisar os Planos de Atenção Domiciliar enviados pelos prestadores de serviços;
- Emitir autorização de início de atendimento para a empresa prestadora de serviço;
- Emitir as autorizações para manutenção do atendimento para empresa prestadora de serviço.

FAMÍLIA/CUIDADOR

No processo de transição para o ambiente domiciliar é de responsabilidade da família:

- Prover o domicílio de implantação do cuidado; garantir espaço físico adequado bem como condições ambientais intradomiciliares para execução da assistência segura;
- Designar pessoa responsável pela interface com os diversos profissionais envolvidos no processo de cuidado;
- Designar cuidador a ser treinado para realização das atividades de vida diária para

atuar ativamente no cuidado do paciente, assumindo diretamente o auxílio às atividades básicas como banho, limpeza, troca de fraldas, alimentação e administração de medicações por via oral ou equivalente, curativos simples e aplicação de insulina; viabilizando a continuidade da assistência no desmame e alta do programa de internação domiciliar;

- Garantir acesso ao paciente pelos profissionais de saúde;
- Participar ativamente da assistência, disponibilizando-se para eventuais reuniões, discussões e alinhamento do cuidado ao paciente;
- Colaborar para o bom êxito do Plano de Atenção Domiciliar;
- Zelar por uma relação transparente e respeitosa.

O cuidador pode ser um membro da família ou alguém designado por ela para compartilhar informações e instruções do cuidado ou para auxiliar o paciente nas atividades básicas de vida diária.

EM LINHAS GERAIS SÃO ATIVIDADES DO CUIDADOR:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- Ajudar nos cuidados de higiene;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, como andar, tomar sol e exercícios físicos;
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;

- Comunicar à equipe sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Vale ressaltar que muitas destas atividades, embora possam parecer simples para os profissionais da saúde, podem ser consideradas complexas para as famílias, sobretudo para aquelas que nunca as realizaram. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde envolvidos na Atenção Domiciliar orientem e supervisionem o cuidador na realização das atividades, para avaliar a compreensão da orientação. Assim, estaremos também cuidando da saúde do cuidador.

AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

No processo de transição para o ambiente domiciliar é de responsabilidade do Auxiliar/Técnico de Enfermagem que atua sob supervisão do enfermeiro:

- Assistir ao paciente em suas necessidades, prestando-lhe cuidados rotineiros, de urgência e emergência, procurando transmitir confiança e segurança durante o atendimento domiciliar;
- Orientar o paciente e cuidador(es) quanto aos procedimentos e cuidados a serem prestados;
- Organizar o ambiente de cuidado do paciente, prontuário, bem como materiais, medicamentos e equipamentos;
- Registrar todos os cuidados prestados em prontuários, checando devidamente as prescrições médica e de enfermagem;
- Comunicar ao enfermeiro responsável e/ou à central 24h qualquer intercorrência, em tempo real, para as devidas providências (em caso de emergências, primeiramente prestar atendimento ao paciente para depois proceder à comunicação);
- Aguardar a chegada do colega para troca do plantão, e passar adequadamente o caso, garantindo a continuidade do atendimento prestado.

RESPONSABILIDADES DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO / SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

- Seguir normativas da RDC nº 11/2006 da Anvisa, que regulamenta as empresas de Atenção Domiciliar, caracterizando estrutura assistencial física e humana, critérios de vigilância sanitária, controle de infecção, controle de materiais/medicamentos e controle de equipamentos;
- Estabelecer Plano de Atenção Domiciliar de vidamente acordado com o médico assistente, devendo possuir anuência do paciente/família para execução/cumprimento do mesmo;
- Zelar pelo cumprimento do Plano de Atenção Domiciliar;
- Manter o paciente/família atualizado em relação ao andamento do cuidado e cumprimento do plano;
- Garantir o direito da família/paciente de troca de empresa/prestador de serviço em caso de solicitação dos mesmos;
- Garantir o direito da família/paciente a troca de equipe assistencial em caso de demanda por escrito;
- Garantir a execução de gerenciamento de riscos gerais e específicos a cada caso, minimizando agravos e eventos adversos em domicílio;
- Garantir a execução de assistência protocolada por processos operacionais e assistenciais médicos, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, entre outros.
- Garantir a execução de procedimentos

- técnicos em saúde, por profissionais devidamente registrados em seus conselhos (técnicos de enfermagem; enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista e médico), sempre conforme prescrição médica;
- Garantir o respeito as crenças e valores individuais da família/paciente;
 - Zelar por uma relação transparente e respeitosa;
 - Preparo, envio e manutenção de prontuário multidisciplinar no domicílio do paciente, que deve conter:
 - Identificação apropriada do paciente, médico titular, telefones, serviço de AD, precauções, entre outros alertas relevantes;
 - Termo de elegibilidade clínica e ambiental para AD;
 - Termo de consentimento informado para as diversas ações propostas;
 - Plano de Atenção Domiciliar (PAD);
 - Evoluções médicas e multidisciplinares, prescrições datadas, carimbadas e assinadas periodicamente pelo médico titular e/ou do serviço de atenção domiciliar;
 - Evoluções de enfermagem datadas, carimbadas e assinadas pelo profissional de enfermagem;
 - Resultados dos exames e dos procedimentos, se realizados no paciente;
 - Qualquer documento ou ocorrência que for considerado de relevância ao tratamento e à legitimidade do atendimento;
 - O prontuário médico deve ser mantido sob responsabilidade do serviço de atenção domiciliar - Home Care, e devidamente guardado em local apropriado e de fácil acesso no domicílio do paciente. Ele contém todos os documentos e registros inerentes ao tratamento daquele paciente de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Regional de Medicina de acordo com a legislação vigente;
 - A manipulação e guarda do prontuário assegura ao paciente privacidade e direito ao sigilo médico;
 - Ao paciente ou representante legal é permitido acesso ilimitado à documentação médica constante do prontuário em qualquer momento, mediante solicitação formal;
 - Ao término do tratamento, o prontuário permanece sob guarda do serviço de atenção domiciliar - Home Care, em arquivo, conforme legislação em vigor.



A photograph of a female doctor in a dark blue uniform with a stethoscope around her neck, examining a patient's arm. The patient is a young woman with long dark hair, smiling slightly. The image has a blue tint and a dark overlay. The number '3' is prominently displayed in orange on the left side.

3

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A indicação para Atenção Domiciliar (AD) passa por critérios técnicos e sociais que tornam o paciente elegível. Os pacientes que apresentam perfil adequado são:

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

Definido o perfil de pacientes com indicação para Atenção Domiciliar, inicia-se a avaliação dos critérios de elegibilidade. O objetivo destes critérios é garantir maior segurança à assistência e respaldar todos os envolvidos: médico solicitante, hospital, empresa, operadora de saúde, pacientes, familiares e cuidadores.

Os principais critérios envolvidos na elegibilidade do paciente à Atenção Domiciliar são presença de cuidador em período integral, domicílio ser livre de risco e se existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada. O não preenchimento de um desses critérios indica risco para a assistência e a empresa de AD deverá avaliar a possibilidade de contraindicar a prestação do serviço no domicílio, visando a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

É importante conhecermos detalhadamente o que corresponde cada um desses três principais critérios de elegibilidade:

- Cuidador em período integral: é necessário identificar um cuidador efetivo. Esse cuidador deverá apresentar condições de assumir os cuidados básicos com o paciente e de receber treinamento ou orientações da equipe

de saúde. Deverá permanecer acompanhando o paciente no domicílio em período integral. Na sua ausência, outro cuidador ou familiar responsável deverá permanecer com o paciente. Esse critério quanto ao cuidador efetivo apenas não se aplica em pacientes independentes, que estão em Atenção Domiciliar para procedimentos pontuais, como término de antibioticoterapia e curativos. Nesses casos, apesar da independência e autonomia do paciente, será preciso identificar o familiar responsável.

- Domicílio livre de risco: é necessário avaliar se o domicílio apresenta uma estrutura básica que minimize os riscos e garanta uma maior segurança à assistência. É preciso avaliar e questionar família ou paciente principalmente sobre aspectos do domicílio, como rede elétrica, saneamento básico, facilidade de acesso da equipe de saúde e do serviço móvel de urgência ao domicílio. Nos casos de internação domiciliar, deve-se considerar uma avaliação presencial da residência. Nos casos de atendimento domiciliar, esses dados podem ser coletados através de uma entrevista ou questionário realizado com o familiar responsável, no momento da avaliação e através do mapeamento visual remoto da região, através de sites confiáveis na internet.
- Impedimento para se deslocar até a rede credenciada: é necessário verificar se existem condições clínicas que restrinjam o deslocamento do paciente fora do domicílio. Pacientes independentes ou dependentes parciais, que conseguem acessar a rede credenciada, poderão ser acompanhados nesses serviços. A Atenção Domiciliar é uma modalidade de assistência indicada para o atendimento a pacientes com restrição ao deslocamento.

Após a avaliação detalhada dos três itens acima, podemos concluir a elegibilidade do paciente para a Atenção Domiciliar e, a partir daí, iniciar a definição de estrutura de serviços do plano terapêutico a ser seguido no domicílio, conforme critérios técnicos.

Para uma indicação correta de Atenção Domiciliar é preciso considerar os critérios técnicos, que podem ser divididos em dois grupos: critérios técnicos para indicação imediata de internação domiciliar; e critérios técnicos de apoio para indicação de Atenção Domiciliar.

CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Os critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de internação domiciliar são baseados na necessidade de realização de procedimentos técnicos, levando em consideração a análise de dimensionamento de mão de obra na Atenção Domiciliar e a logística envolvida 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. Essas programações contemplam viabilidade de atendimento e segurança do paciente.

Nesse grupo 4 questões precisam ser respondidas:

- Paciente faz uso de alimentação parenteral?
- Há necessidade de aspiração de traqueostomia ou vias aéreas inferiores até 5 vezes/dia ou mais que 5 vezes/dia?
- Utiliza ventilação mecânica contínua invasiva ou não?
- Utiliza medicação parenteral ou hipodermóclise mais de 4 vezes/dia?

Entenda melhor cada um desses critérios:

ALIMENTAÇÃO PARENTERAL:

Entende-se por nutrição parenteral (NPP) a administração de nutrientes como glicose e proteínas, além de eletrólitos, sais minerais e vitaminas, através da via endovenosa, seja por meio da via periférica ou central, permitindo assim a manutenção da homeostase, já que

as calorias e os aminoácidos necessários são supridos. A NPP pode ser utilizada como terapia exclusiva ou de apoio, dependendo da capacidade fisiológica de cada paciente. Esse tipo de tratamento pode ser realizado no domicílio, porém, exige atenção e acompanhamento técnico no período de utilização da terapia, pela necessidade de controle de infusão da solução, acompanhamento de sinais vitais, necessidade de intervenções, podendo ser com outras soluções injetáveis e manipulação adequada do cateter, prevenindo infecções. Dessa forma, segue a indicação de manutenção de horas de enfermagem pelo período de utilização da terapia.

ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA/ VIAS AÉREAS INFERIORES:

A indicação de horas de enfermagem, de acordo com a frequência da aspiração de traqueostomia e vias aéreas inferiores, se deve tanto a razões logísticas quanto assistenciais. O número de aspiração é um fator importante no momento do planejamento, pois a quantidade de aspirações traqueais ou de vias aéreas inferiores está ligada a uma maior necessidade de intervenções técnicas, com maior risco de instabilidade clínica, sendo necessária presença do profissional de enfermagem, seja por 12 ou 24 horas. Esse tipo de procedimento não é passível de programação quanto a horário, sendo, portanto, inviável a manutenção de um paciente nessas condições em programa de menor complexidade.

Esses procedimentos são mais complexos tecnicamente, apresentando maiores riscos durante a execução e, por essa razão, mais difícil de serem realizados pelo cuidador. A experiência acumulada pelas empresas de Atenção Domiciliar demonstra que, no momento da avaliação inicial do paciente, não é possível aferir a capacidade do cuidador para cuidados mais complexos (como é o caso). Portanto, o procedimento de aspiração de traqueostomia e vias aéreas inferiores deve ser preferencialmente realizado por profissional de saúde capacitado.

VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO:

A ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Atualmente, classifica-se o suporte ventilatório em dois grandes grupos:

- Ventilação mecânica invasiva;
- Ventilação não invasiva.

Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas. A diferença entre elas fica na forma de liberação de pressão: enquanto na ventilação invasiva utiliza-se uma prótese

introduzida na via aérea, isso é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial. Com isso, classificamos o paciente de acordo com a quantidade de horas de uso desse equipamento, pois as condições clínicas de um paciente em ventilação mecânica colaboram para o maior risco de instabilidade clínica, com necessidade de cuidados de enfermagem contínuos, como mobilização adequada, controle de sinais vitais, higiene adequada de vias aéreas superiores ou traqueostomias, manipulação de dispositivos, controle de secreção e cuidados relacionados à prevenção de infecções respiratórias. A necessidade de intervenções imediatas para pacientes em ventilação mecânica também é um critério para a indicação de horas de enfermagem.



MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE:

As terapias medicamentosas por via parenteral são procedimentos que devem ser realizados por profissional de enfermagem. Portanto, a rotina do Atendimento Domiciliar prevê a modalidade de atendimento pontual, onde é possível o envio de técnico de enfermagem até quatro (4) vezes ao dia para administração dessas drogas. Para os pacientes com necessidades de aplicações superiores, se faz necessária a permanência de profissional na residência, devido à logística operacional dos profissionais e adequação de horários desses procedimentos. Neste ponto, levamos em consideração situações de segurança do paciente, família e disponibilidade de recursos.

CRITÉRIOS TÉCNICOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Os critérios técnicos de apoio para indicação de Atenção Domiciliar estão relacionados ao grau de dependência, riscos para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. As pontuações desses critérios devem ser somadas e em conjunto podem indicar algum dos programas da assistência domiciliar. Nesse grupo 10 questões precisam ser respondidas:

- Qual o estado nutricional do paciente?
- Como o paciente se alimenta e recebe medicações pela via enteral?
- Qual o grau de dependência (Escore Katz)?
- Qual o número de internações no último ano?
- Realiza aspiração de vias aéreas superiores?
- Apresenta lesões cutâneas?
- Qual a via de administração das medicações?
- Realiza exercícios ventilatórios?
- Faz uso de oxigenioterapia?
- Qual o nível de consciência?

Vamos conhecer o detalhe de cada uma delas:

ESTADO NUTRICIONAL:

É o equilíbrio entre a ingestão e necessidade de nutrientes que podem ser influenciados por diversos fatores: doenças, fatores econômicos, comportamento alimentar, fatores emocionais e padrão cultural. A avaliação do estado nutricional visa identificar os pacientes em risco nutricional, promover suporte nutricional adequado e monitorar sua evolução. Baseado na avaliação nutricional, os pacientes podem ser agrupados de acordo com risco nutricional e necessidade de intervenções, sendo então divididos em:

- Eutrófico;
- Sobrepeso/emagrecido;
- Obeso/desnutrido.

ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL:

Utilizada para indivíduos que mantêm o trato gastrointestinal íntegro, com capacidade de absorção de nutrientes preservada, podendo ser por:

- Via oral – sem auxílio, para aqueles pacientes sem dependência, ou assistida, quando requer auxílio;
- Gastrostomia ou jejunostomia – são vias que requerem cuidados específicos, porém são facilmente adaptáveis às rotinas do cuidador;

- Nasogástrica ou nasoentérica – são as vias de maior atenção pelo risco envolvido na sua utilização, como deslocamentos ou broncoaspiração. Por isso, esta via recebeu maior peso dentro dos critérios de alimentação ou medicações por via enteral.

KATZ

(Se pediatria pontuar 2): O Escore ou Escala de Katz é uma ferramenta cuja utilização é amplamente difundida nos diversos segmentos da Atenção à Saúde. Seu objetivo é mensurar a independência do indivíduo para realizar atividades da vida diária. Em termos de estrutura, compõe-se de uma série de seis diferentes tarefas (i. banhar-se, ii. vestir-se, iii. ir ao banheiro, iv. transferência, v. continência e vi. alimentação), para as quais se classifica o paciente através da escolha que melhor descreve a sua autonomia. Assim, para cada uma das atividades, o paciente pode pontuar um ponto (maior independência) ou zero ponto (maior dependência).

Ao final, somam-se os pontos obtidos na avaliação e chega-se a um diagnóstico sobre a capacidade funcional do paciente, conforme segue: independente (5 ou 6 pontos), parcialmente dependente (3 ou 4 pontos) ou totalmente dependente (zero, 1 ou 2 pontos).

Em tempo: por uma questão de praticidade e entendendo-se que a experiência corrobora essa opção, considera-se, para fins da avaliação da habilidade para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si próprio e viver independentemente, que os pacientes da faixa etária pediátrica pontuem como se totalmente dependentes fossem.

INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO:

No âmbito da Atenção Domiciliar, é escassa a base de evidências na literatura médica que demonstre o valor preditivo do número de internações hospitalares ocorridas como fator de risco de agravo à saúde do paciente. Ainda assim, a prática do atendimento a pacientes com histórico de repetidos episódios de hospitalização demonstra que se trata de um segmento que requer atenção especial e, normalmente, cuidados mais intensivos, ao menos nas primeiras semanas de implantação no Programa de Atenção Domiciliar.

ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES:

A aspiração é a aplicação de sucção ao trato respiratório do paciente para ajudá-lo a remover secreções líquidas ou espessas das vias aéreas superiores e inferiores, quando ele não tem condições de removê-las sozinho. A aspiração das vias aéreas superiores pode envolver o nariz, boca e orofaringe. Esse tipo de aspiração pode ser realizado por um cuidador habilitado, porém, é importante lembrar que pacientes mais instáveis clinicamente deverão precisar de um maior número de aspirações. Além do que, o risco associado às intervenções sobre a via aérea implica em necessidade de técnica de cuidados.

São exemplos de riscos do procedimento:

- Infecção respiratória, tanto das vias aéreas superiores, quanto relacionada à broncoaspiração;
- Traumatismos de tecidos por sucção excessiva da camada de revestimento do trato respiratório;
- Hipoxemia, devido à remoção de ar com secreções durante a aspiração;
- A remoção de oxigenoterapia durante a execução da aspiração;
- Broncoespasmo, estimulação vagal, que causam diminuição da frequência cardíaca e possíveis arritmias;
- Ansiedade e desconforto.

LESÕES:

Qualquer interrupção na integridade da pele, que afeta sua continuidade. Pode ser de diferentes etiologias e classificadas de formas distintas. As lesões mais prevalentes na Atenção Domiciliar são as lesões por pressão. Dessa forma, os curativos simples e curativos complexos deverão ser categorizados, seguindo as características da classificação dessa etiologia, onde é levada em consideração a profundidade e exposição de tecidos.

- Curativo simples: exposição de epiderme (categoria I) e exposição de derme (categoria II)
- Curativo complexo: exposição tecido subcutâneo (categoria III) e exposição de tecido ósseo, muscular e tendão (categoria IV).

Outro ponto a ser considerado na pontuação de complexidade desse item é o número de lesões, podendo ser uma lesão única ou múltiplas lesões.

A complexidade e o número de lesões foram associados para definição da pontuação no Grupo 3.

MEDICAÇÕES:

As medicações no Grupo 3 são agrupadas conforme sua via de administração. A via de administração é o caminho pelo qual uma droga é colocada em contato com o organismo. As principais são a via enteral e a via parenteral. A via enteral refere-se à via oral, gástrica, sublingual, bucal, retal e duodenal. A via parenteral refere-se às vias endovenosas, intramuscular, intradérmica, subcutânea, intratecal, intra-arterial, intraperitoneal, intrapleural, intravesical, intrarticular, intraóssea e intracardíaca.

Via enteral (pontuação 0) = é a via mais comum de administração de medicação. Na Atenção Domiciliar, refere-se principalmente à administração pela via oral ou através dos dispositivos de SNG, SNE, gastrostomia ou jejunostomia.

Intramuscular ou subcutânea (pontuação 1) = a via intramuscular é a administração de medicação diretamente no tecido muscular. A via subcutânea contida nessa pontuação refere-se a medicações subcutâneas de autoaplicação, como insulinas e alguns anticoagulantes.

Intravenosa ou hipodermólise até 4 vezes ao dia (pontuação 2) = a via intravenosa é a administração de medicações e/ou soluções diretamente na corrente sanguínea, através de um acesso venoso superficial ou profundo. A hipodermólise é um acesso subcutâneo utilizado como via alternativa à intravenosa, para infusões de medicações e/ou soluções de forma contínua ou intermitente. É uma via utilizada habitualmente em pacientes de cuidados paliativos e em idosos frágeis, com dificuldade ou restrição a outras vias de administração.

Lembramos que as medicações intravenosas com aplicação maior que quatro vezes ao dia estão contempladas nos critérios de indicação imediata para internação domiciliar.

EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS:

Tratam da utilização de equipamentos ventilatórios para realizar manobras respiratórias em áreas pulmonares que não estão expandindo adequadamente. O objetivo dos exercícios é melhorar a expansão pulmonar, complacência, ventilação, oxigenação e aumentar volumes e capacidades. Esses exercícios acontecem



de forma intermitente, sendo sua utilização quanto à frequência (número de vezes ao dia) e tempo de uso do equipamento determinada pela equipe de saúde.

USO DE OXIGENIOTERAPIA:

Refere-se à administração de oxigênio suplementar, fornecido através de equipamentos, como o concentrador e o cilindro de oxigênio. Tem como objetivo aumentar ou manter a saturação de oxigênio. Algumas patologias e condições clínicas agudas causam uma queda na saturação de oxigênio, fazendo com que o paciente necessite de oxigênio suplementar de forma intermitente ou contínua. A maior dependência de O₂ demonstra maior complexidade clínica.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

Capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e de interagir com o meio que o cerca. Algumas patologias interferem no nível de consciência do indivíduo, como as demências, traumas, infecções e de origem metabólicas. O nível de consciência é um fator que influencia na capacidade funcional do paciente. Pode ser agrupado em alerta, confuso/desorientado ou comatoso. Todos esses critérios correspondem a composição da Tabela NEAD (Anexo 1). Esse é um instrumento validado que promove uma

indicação técnica adequada e uniforme para assistência domiciliar. Foi elaborada em 2004 e atualizada em 2016. A evolução da Atenção Domiciliar no Brasil foi determinante para a atualização desse escore, pois o segmento se solidificou no país e o perfil da população elegível para o modelo de assistência domiciliar passou por diversas transformações, havendo a necessidade de atualização quanto aos critérios de elegibilidade e critérios técnicos.

A Tabela NEAD atual é distribuída nos três grupos mencionados: critérios de elegibilidade, critérios técnicos para indicação imediata de internação domiciliar e critérios técnicos de apoio para indicação de atenção domiciliar. Recomenda-se sua aplicação para planejamento da desospitalização, sendo um recurso de comunicação e alinhamento entre os diversos envolvidos (paciente, família, médico assistente, hospital e equipes, operadora de saúde, “empresas prestadoras de serviço”). O preenchimento de toda a tabela é obrigatório, mesmo que o paciente seja classificado através dos critérios de um dos grupos, servindo de apoio para a indicação. Deve-se considerar sempre a maior indicação entre os grupos para a segurança do paciente. É importante mantermos o foco e a atualização dos processos. A utilização de escores validados que tragam respaldo e apoiem uma indicação técnica correta são o caminho para propormos uma assistência domiciliar com qualidade, sustentabilidade e segurança.

A photograph of two men in a meeting, overlaid with a blue tint. The man in the foreground has a beard and is looking down. The man in the background is wearing glasses and is also looking down. The background shows some papers on a wall.

4

**DIFERENTES
MODALIDADES
DE ASSISTÊNCIA**

A partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11 emitida em de 26 de janeiro de 2006, os Programas de Atenção Domiciliar foram definidos e são prestados de acordo com a complexidade de cuidados a serem dispensados ao indivíduo, passando a existir, portanto, diferentes modalidades, que são utilizadas para fins de programação da assistência baseada no estadiamento clínico da complexidade momentânea do paciente e no conjunto de recursos envolvidos (recursos humanos, tecnologia, mobiliário etc). Essas modalidades também são baseadas na contratualização entre operadoras e serviços de atenção domiciliar e dependem da autorização prévia para a prestação de serviços dentro da modalidade clínica definida. A tabela NEAD (Anexo 1) é ferramenta de apoio para definição de elegibilidade, avaliação de necessidades, e recomendação das diferentes modalidades de AD. Além disso é fundamental a definição e revisão periódica do Plano de Atenção Domiciliar para redimensionamento das necessidades assistências e modalidade de atendimento mais adequada ao paciente.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR

É o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com maior complexidade assistencial e necessidade de serviços de técnico de enfermagem em até 24 horas. Dentro do programa de internação o paciente pode ter assistência contínua, envolvendo assistência de enfermagem em tempo integral (24 horas) e cuidados especializados prestados por equipe multiprofissional. São disponibilizados para esses pacientes equipamentos para a manutenção do tratamento que, da mesma forma que os cuidados, são programados de acordo com as necessidades do paciente. Nesta modalidade muitos pacientes são assistidos em regime parcial com menor permanência de enfermagem conforme necessidade técnica associado ao atendimento multiprofissional e equipamentos já mencionados acima.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Caracterizada pela atenção ao paciente com necessidade de cuidados pontuais de serviços de enfermagem, podendo envolver serviços

multiprofissionais, a exemplo de curativos e administração de medicamentos injetáveis e outros procedimentos executados por técnico de enfermagem ou enfermeiro.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:

Caracterizada pela atenção ao paciente com necessidade de acompanhamento domiciliar de serviços multiprofissionais, entre elas consultas especializadas e atividades terapêuticas, tais como acompanhamento médico, fonoaudiológico, fisioterápico, nutricional, entre outros.

CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS

A fim de promover segurança e garantir a continuidade do atendimento para todas as modalidades de atenção, as empresas devem manter uma logística de retaguarda através de uma central de operações, que deve permanecer em funcionamento 24 horas. Através desta central são realizadas as programações, os agendamentos de entregas de materiais, medicamentos, atendimento médico de emergência através de UTI móvel, agendamento de exames e outros.





5

DESOSPITALIZAÇÃO

O Brasil está evoluindo rapidamente, colocando diante de todos transformações constantes, com grandes desafios. Sendo necessário cada vez mais o desenvolvimento de ações sinérgicas entre os players e os stakeholders que prestam assistência à saúde. Nosso país experimenta um processo de transição demográfica e epidemiológica em ritmo acelerado. O envelhecimento populacional desenfreado e suas peculiaridades são as causas atuais de maior preocupação. Grande parte desta população idosa apresenta doenças crônicas e limitações cognitivas, funcionais. Entramos em um cenário típico dos países longevos, destacado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem ser múltiplas, demandando cuidados de saúde constantes. Neste grupo populacional, o manejo das condições clínicas e complicações, na grande maioria das vezes, não requerem internação hospitalar e são passíveis de controle e acompanhamento ambulatorial ou domiciliar. Entretanto, quando a internação deste

indivíduo se prolonga, a desospitalização e transição para estrutura mais adequada minimiza efeitos indesejáveis como vulnerabilidade aumentada a infecções hospitalares, delírium hiperativo hipoativo; exposição à propedêutica desnecessária, declínio do status funcional e cognitivo. Acredita-se que, por desconhecimento, para grande parcela da população a unidade hospitalar permanece como opção mais completa e adequada de assistência médica, apesar da diversificação de serviços de assistência à saúde hoje ofertados pelo Sistema Único de Saúde e pela Saúde Suplementar. A desospitalização possibilita ao paciente a saída do ambiente hospitalar de forma a assegurar os cuidados que necessita em outro ambiente de menor complexidade, reduzindo o tempo de internação hospitalar para o mínimo possível, viabilizando a transição dos cuidados seja para hospitais de transição ou para o domicílio por meio da Atenção Domiciliar, um dos recursos de desospitalização mais utilizados.



O HOSPITAL NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO

A mudança no perfil epidemiológico do Brasil, em decorrência da emergência da população de mais de 60 anos, vem acarretando grandes despesas na área da saúde, em particular com tratamentos médicos e hospitalares (VERAS, et al., 2010).

Hoje no Brasil o processo de desospitalização é encarado por grandes hospitais e operadoras de saúde como fundamental, tendo por objetivo tratar os pacientes no **ambiente mais adequado à sua condição clínica**. Reduz ainda a falta de leitos disponíveis nos serviços de saúde, trazendo rotatividade, reduzindo custo, diminuindo efeitos indesejáveis como infecções nosocomiais. Os programas de gerenciamento de doenças crônicas, longa permanência e outros, devem abordar todo o espectro da história natural e necessidades do indivíduo por todo o ciclo de vida: promoção, prevenção dos riscos, diagnóstico precoce, tratamento, continuidade do cuidado, prevenção de complicações, cuidado das intercorrências, comorbidades, reabilitação.

A abordagem social assegura ao processo uma desospitalização planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente. A atuação, assim como a intermediação social, deve ocorrer em dois momentos: na incorporação do paciente e familiar no processo de desospitalização, para levantamento de dados de rede familiar e de suporte social, quando são feitos registros de informações relevantes para o acompanhamento do serviço social, fazendo-se necessária a avaliação no início da internação, para maior assertividade no planejamento da alta ou transição de cuidados.

O processo de desospitalização prevê o alinhamento entre necessidades do paciente e possibilidades dos diversos envolvidos: família, médico assistente, hospital e operadora de saúde. A prática deve ocorrer quando pacientes internados em hospitais

convencionais não necessitam mais de uma estrutura de alta complexidade, mas sim de cuidados específicos. Significa ser liberado ou dispensar-se de internação hospitalar passando a receber assistência ambulatorial multidisciplinar, em hospital dia, ambulatório, Atenção Domiciliar, ILP (Instituição de Longa Permanência), ou hospital de transição, visando a reintegração à sociedade, com o objetivo de assegurar continuidade do tratamento após a alta hospitalar, estabelecendo processos estratégicos que facilitem a comunicação entre as equipes multidisciplinares e buscando apoio ao paciente e familiar na comunidade.

O processo de desospitalização deveria acontecer de maneira descomplicada, ou seja, o paciente é internado para receber tratamento ou intervenção, ocorre a cura ou estabilização da condição que justificou a internação, e recebe alta hospitalar para o domicílio. Porém nem sempre este processo acontece com naturalidade, por vários fatores e questões sócio-psico-econômicas do paciente e familiares, com destaque para o envelhecimento da população, perda de funcionalidade - especialmente dos idosos - ao longo das hospitalizações e impossibilidade da família em manter os cuidados recomendados e as atividades básicas da vida diária por questões de estrutura ou financeiras, com cuidadores ausentes, inseridos no mercado de trabalho.

É importante salientar que é papel da equipe médica assistente e equipe multiprofissional hospitalar avaliar e planejar o processo de desospitalização desde o início da internação. O sucesso da desospitalização segura é resultado de um processo que prevê a adequada solicitação médica, avaliação qualificada deste paciente, plano terapêutico elaborado com base nos critérios técnicos e, por fim, mas extremamente importante, a clareza e transparência de comunicação com paciente e família.

A diminuição das readmissões indesejadas é um indicador de sucesso do processo de desospitalização, e a chave para este sucesso é o engajamento da tríade paciente/família, equipe da Atenção Domiciliar e operadora de saúde.





A OPERADORA NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO

Para as seguradoras e operadoras de saúde, a desospitalização passou de uma opção e para uma necessidade, principalmente nos casos de internações prolongadas. Quando a Atenção Domiciliar é indicada em conformidade com os critérios técnicos, torna-se uma estratégia mais sustentável e mais adequada às necessidades do paciente, tendo como benefícios a manutenção da assistência necessária, menor exposição ao estresse de uma internação hospitalar (diminuição do risco de infecções hospitalares), entre outros.

SOLICITAÇÃO MÉDICA

O profissional médico é um stakeholder importante neste processo, pois cabe a ele indicar o programa de Atenção Domiciliar baseado em critérios técnicos. Preocupados em melhorar a relação entre os stakeholders e aumentar o valor para o cliente, como contribuição ao melhor entendimento da atividade de Atenção Domiciliar e como recomendação para o exercício das boas práticas de governança clínica nesse importante segmento da atenção à saúde no Brasil, foi proposto um modelo prático: o **Relatório Médico para Desospitalização**, resultado da parceria e cooperação técnica entre Anahp e o Nead (Anexo 2). Para que um paciente seja incluído no programa de Atenção Domiciliar, ele deverá

ter a indicação médica devidamente relatada em formulário (Anexo 2), assinado pelo médico titular, no qual deverá constar:

- Dados gerais do paciente, endereço para o atendimento, cuidado domiciliar prévio com nome da empresa, 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, nutricional;
- Necessidade de remoção.

A partir da solicitação médica é etapa obrigatória a avaliação do paciente por um profissional de saúde da empresa prestadora de serviços domiciliares para que seja elaborado um Plano de Atenção Domiciliar (PAD).

Nas saídas hospitalares complexas, a demanda por maior relacionamento entre médico e equipe multiprofissional torna-se ainda maior, determinando estratégias conjuntas para um desfecho satisfatório. Enfim, o que se espera da solicitação médica é que esta proporcione comunicação clara, baseada em indicações técnica entre todas as partes envolvidas. Depois do indivíduo adoentado, o médico é o player mais importante, recaindo sobre ele a maior parte das decisões.

A preparação para a tomada de decisão depende de muitos elementos. Esses elementos estão constantemente sob avaliação, sofrendo mudanças de acordo com a liderança. Na transição de cuidados, caberá ao médico, junto à equipe de assistência integral à saúde, a elaboração de relatório que satisfaça a mais fiel relação dos fatos ocorridos em ambiente hospitalar para que se mantenha a atmosfera de cuidados continuados.

De certo, pode-se empreender que o processo de desospitalização consiste em uma ferramenta de assistência à saúde em que o médico, junto à equipe assistente hospitalar, define o paciente certo, na hora certa e para o local certo.

AVALIAÇÃO INICIAL – TABELA NEAD

A Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar – Score NEAD é referência hoje no mercado, sendo muito utilizada pelos provedores de serviço. Como já mencionando esse score alicerça a indicação técnica, proporciona individualização do cuidado, auxilia na provisão e gestão dos recursos necessários para cada implantação (Anexo 1).

PLANO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD)

O Plano de Atenção Domiciliar (PAD) é o documento que contempla o conjunto de medidas que orientam a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde a admissão até a alta (RDC 11/2006).

Para construção do PAD a equipe avaliadora deve, em conjunto com médico assistente e a equipe assistencial hospitalar, realizar o planejamento terapêutico e estabelecimento de metas alcançáveis. Tais definições devem ocorrer antes do processo de implantação garantindo-se o conhecimento e entendimento do paciente ou da família.

O atendimento domiciliar tem o objetivo de desospitalizar, promover o autocuidado, reduzir custos sem perder qualidade, retornar o vínculo familiar e a rotina, estimular a participação da família e do paciente no tratamento proposto, garantindo a continuidade da assistência, otimizando recursos disponíveis e a humanização do cuidado, reintegrando o paciente na sociedade, minimizando casos de reinternações.

A Atenção Domiciliar possui a especificidade de ser realizada em ambiente privativo familiar onde as regras e normas técnicas institucionais devem ser consideradas para finalidade de cuidar do paciente de maneira segura, respeitando às peculiaridades individuais, culturais, religiosas, sem abrir mão dos benefícios, propiciando um bom desfecho da assistência realizada.

A photograph of a female doctor in a white lab coat with a stethoscope around her neck, smiling warmly at a young female patient. The patient is also smiling and looking up at the doctor. The scene is set outdoors with a blurred background of trees. The entire image has a blue color cast.

6

IMPLANTAÇÃO

A Atenção Domiciliar deve proporcionar a integralidade do tratamento-cuidado, hospital-domicílio, com padrões de segurança e qualidade que garantem ao paciente um ciclo de atenção que valoriza os serviços de saúde ofertados.

A transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados na transferência do paciente de um local para outro.

O processo de transição do hospital-casa exige comunicação e articulação efetiva entre os diferentes intervenientes neste processo de desospitalização, isto é, hospital, família, operadora e empresa prestadora de assistência domiciliar, sendo fator crucial para o sucesso de um planejamento adequado, satisfatório e seguro. O fortalecimento da comunicação entre os intervenientes é primordial para uma gestão segura na transferência do cuidado.

O hospital, ao 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, tem não só um papel fundamental para a segurança da família na transição e alta hospitalar no momento correto, como também obtém com tais ações benefícios para o hospital como diminuição do tempo de permanência hospitalar, levando ao aumento do giro de leito e aumentar a satisfação dos clientes que se encontram na maioria das vezes vulneráveis neste processo. As condições socioeconômicas, psicológicas, físicas, étnicas, culturais ou religiosas são fatores que devem ser observados, trabalhados e respeitados atendendo as expectativas do paciente, de forma a não comprometer a transição do cuidado por fatores não técnicos, mas que são extremamente relevantes no processo. Desta maneira, o envolvimento da equipe multiprofissional é essencial nesta transição do cuidado e preparo da família, minimizando as aflições, medos e inseguranças de toda ordem.



AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

O processo de avaliação do paciente já mencionado anteriormente é composto de algumas etapas para verificação da possibilidade da implantação da Atenção Domiciliar no que se refere a elegibilidade clínica e social. A avaliação domiciliar consiste em complemento importante para esta definição.

Do ponto de vista social alguns critérios são considerados, como endereço elegível, além de existência de cuidador para execução dos cuidados das atividades de vida diárias, que pode ser um familiar ou alguém contratado. Na avaliação do domicílio são observados critérios como residência de fácil acesso, presença de saneamento básico, condições estruturais do imóvel e higiene do mesmo. Aspectos ambientais como organização e limpeza ficam sob responsabilidade da família. Assim como a necessidade de ter telefone na residência, utilizado para toda comunicação com a empresa (CRUZ, 2005).

TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITAL-CASA

De acordo com Cruz (2005), a experiência mundial no serviço de atendimento domiciliar tem mostrado redução do risco de infecção hospitalar, manutenção do convívio familiar, redução no número e no custo de internações. A internação domiciliar, de acordo com Loureiro (2005), é um modelo mundial de assistência alternativa que direciona o cuidado e tratamento clínico de diversas doenças e pacientes para o domicílio. Pode funcionar como um serviço auxiliar ou de continuidade do cuidado hospitalar, dependendo da complexidade do doente. Em geral, é gerenciado e operacionalizado por uma entidade pública

ou privada que compõe o serviço de internação domiciliar.

Para uma assistência domiciliar bem sucedida é fundamental que no momento da avaliação conscientize-se a família e/ou paciente acerca das diferenças existentes entre a assistência hospitalar e a assistência domiciliar.

Para realização da transição do cuidado hospital-casa vários critérios são analisados para que ocorra de forma segura, entre eles o entendimento do processo e a aceitação do paciente ou família, além de condição clínica estável, diagnóstico médico firmado, tratamento definido, condições favoráveis de moradia com facilidade de acesso e existência de cuidador ativo.

EDUCAÇÃO DO PACIENTE E CUIDADOR

O processo de educação de paciente e seus familiares ocorre em vários momentos da Atenção Domiciliar, desde a captação até a alta, por todos os componentes da equipe multiprofissional, pois entende-se que é desta forma que o paciente e familiares e cuidadores participam do processo de cuidado, ajudando na recuperação do paciente, inclusive colaborando na tomada de decisões.

As estratégias e recursos são identificados, adequados e aplicados respeitando crenças e valores, grau de alfabetização, nível educacional, barreiras emocionais e motivacionais, limitações físicas e cognitivas.

Este processo se inicia com a avaliação das necessidades individuais de cada cliente e/ou familiares. Esta avaliação deve determinar não apenas o que deve ser aprendido, mas qual a melhor maneira de garantir o aprendizado. O processo de educação engloba o momento da decisão da entrada, incluindo a avaliação e implantação, até orientação domiciliar de transferência ou alta, e deve ser registrada em prontuário. O processo educacional inclui ainda a tomada de decisão do paciente ou família relacionado ao consentimento informado. A capacidade de aprender do paciente (literacidade), familiar ou cuidador é levada em

consideração em todos os momentos deste aprendizado. Os procedimentos educacionais têm um foco em itens como:

- Uso seguro de medicamentos;
- Uso seguro de equipamentos médicos;
- Interações potenciais entre medicamentos e com alimentos;
- Orientação nutricional;
- Gerenciamento de dor;
- Prevenção de quedas;
- Segurança do ambiente domiciliar e planos de contingência;
- Gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde.

AValiação E PREPARO DO DOMICÍLIO

O local de implantação deve ser avaliado quanto aos aspectos técnicos, socioambientais e periculosidade, necessários à implantação da internação domiciliar. A instituição deve vistoriar as instalações do ambiente de serviço para a realização de reformas e adaptações necessárias à adequação dos ambientes para possibilitar:

- Eliminação de barreiras físicas internas que dificultem a circulação do paciente e a assistência dos profissionais e acompanhantes do paciente;
- Instalação dos equipamentos e gases medicinais necessários para o atendimento do paciente, segundo o estabelecido no plano terapêutico;
- Atendimento aos requisitos mínimos de instalação recomendados para cada equipamento.

São observadas também as condições de acesso do paciente e equipamentos, presença de adequada rede de luz, água e telefonia, instalações elétricas suficientes para o funcionamento dos aparelhos, localização da residência, pontos de referência, rede de esgoto, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela (Anvisa, 2006) além de um ambiente social compatível com a segurança do paciente e equipe de atendimento.

Quando constatados aspectos que possam impedir ou dificultar o processo de internação domiciliar, deve ser solicitado ao familiar ou responsável que providencie a adequação da alteração evidenciada e nova avaliação deverá ser realizada previamente a liberação da internação.

Durante a avaliação da residência o profissional deve ainda avaliar qual a rota de fuga a ser seguida em casos de emergência, para pacientes em internação domiciliar e pacientes que possuam equipamentos elétricos.

RECONCiliação Medicamentosa

A presença do farmacêutico atuando juntamente com a equipe multidisciplinar é de fundamental importância para um tratamento farmacoterapêutico eficiente, pois engloba os serviços de atenção farmacêutica, assistência farmacêutica, farmacovigilância, farmácia clínica e auditoria farmacêutica (PLANAS et al., 2005).

As atribuições do farmacêutico são regulamentadas pela Resolução nº 386/02 do Conselho Federal de Farmácia, onde o profissional presta orientações quanto ao uso, indicações, interações (medicamentosas e alimentares), efeitos colaterais, medicamentos via sondas (enterais e nasoenterais), guarda, administração e descarte de medicamentos para a equipe multidisciplinar, para o paciente e familiares. Além disso, gerencia o armazenamento dos medicamentos e materiais médicos garantindo que cheguem ao domicílio com qualidade e segurança (CRF, 2013).

Cabe ao farmacêutico a monitorização clínica da terapia de acordo com o que foi estabelecido no plano de cuidado, a responsabilidade pela documentação de todos os aspectos da farmacoterapia clínica, a liderança no desenvolvimento de um programa que monitore e documente possíveis reações adversas e erros de prescrição. A participação do farmacêutico

na elaboração de políticas e procedimentos dentro da organização é essencial para a qualidade desse atendimento (ASHP, 2000). O farmacêutico, como membro da equipe multiprofissional de saúde, realiza a revisão, avaliação e otimização da farmacoterapia utilizada pelos pacientes, a reconciliação da farmacoterapia na implantação, durante o atendimento e na alta da Atenção Domiciliar; realiza visitas clínicas ao domicílio para monitorar uso, reações adversas e interações medicamentosas; orienta o paciente sobre o processo de uso correto dos medicamentos; participa na elaboração de políticas de medicamentos, protocolos clínicos e padronização de medicamentos nas instituições onde atua, com base nas relações risco-benefício e custo-eficácia. A reconciliação medicamentosa realizada em conjunto pela equipe médica, de enfermagem e farmácia clínica se faz fundamental como alternativa de vigilância e prevenção a possíveis erros de medicação e interações, pois consegue também ajustar as terapêuticas perdidas durante as transições ocorridas no processo de cuidar. Esta deve ser mantida de forma permanente com fluxos definidos.

TRANSFERÊNCIA DO HOSPITAL PARA CASA

Para que a transição do hospital para casa ocorra de forma segura não só para o paciente mas para todos os atores envolvidos no processo, são necessários alguns cuidados que devem ser orquestrados pela empresa de Atenção Domiciliar.

A partir da autorização para o início do atendimento, estabelece-se um contato com a equipe assistente do hospital para confirmar as condições clínicas para a alta. Em seguida, é agendado com a família uma reunião de orientação pré atendimento que visa:

- Verificar qual o membro da equipe multiprofissional mais adequado para os atendimentos considerando barreiras que podem tornar o processo de acesso e recebimento de cuidados mais difíceis;
- Apresentar o profissional que será responsável pela coordenação dos cuidados e o número de telefone para acesso a esse profissional;
- Agendar (com consentimento da família e hospital) a entrega de material, medicamentos, mobiliário, oxigênio e remoção conforme traçado no planejamento terapêutico;
- Assinar o plano inicial de cuidados e o termo de consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Sabe-se que a comunicação efetiva é elemento de grande relevância para a atuação na área da Saúde e que deve receber a devida atenção, especialmente quando abrange relação entre profissionais, usuários e familiares, dado que diferentes concepções e linguagens podem estar envolvidas. Assim, o fácil acesso à informação é um dos aspectos que deve ser considerado na promoção da segurança do paciente. Entre outras normativas, o Código de Ética Médica (2009) estabelece que “é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.” Esses recursos servirão como embasamento para a tomada de decisão do usuário ou cuidador/família no consentimento ou recusa ao cuidado prestado no domicílio e à realização dos procedimentos propostos ou, ainda, para análise da possibilidade de outra terapêutica adequada à situação.

Neste contexto, o Termo de Consentimento Esclarecido refere-se ao documento assinado pelo paciente ou responsável legal, consentindo ao médico e à equipe a realização de determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, após haver recebido informações pertinentes. Tem como finalidade garantir a autonomia do paciente e



delimitar a responsabilidade da equipe que realiza os procedimentos e deve ser assinado preferencialmente antes do início da assistência. O termo não pode ser imposto e deve ser apresentado em linguagem aces-

sível e simples. Não existe modelo de termo de consentimento, que deve ser elaborado pelas instituições de saúde e submetido à avaliação das suas respectivas comissões de ética médica.



7

**EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

O trabalho em equipe permite a atuação de diferentes áreas com troca de conhecimento, reciprocidade, com tendência a horizontalização, o que permite um cuidado holístico e integrado.

ENFERMAGEM

O enfermeiro tem o principal papel dentro da Atenção Domiciliar sendo o principal elo de ligação de todos os profissionais atuantes. Ele é responsável pela gestão de todas as informações do paciente, família e empresa, e é através do enfermeiro visitador que todas as informações e orientações são repassadas para os familiares e cuidadores. Ele transita em todos os cenários da assistência prestada sendo o balizador da implantação e ajuste do Plano de Atenção Domiciliar (PAD) proposto. Além de suas atribuições técnicas dos cuidados e supervisão da equipe de enfermagem, ele tem o papel de capacitar o cuidador, fazer gestão dos materiais, medicamentos e equipamentos dentro do domicílio, efetuar a comunicação sobre os processos da empresa e orientação quanto às rotinas administrativas e técnicas. O enfermeiro é o profissional que deve estar mais próximo da família, paciente e cuidador, norteando todos os demais atendimentos e condutas.

O nível técnico da enfermagem é o profissional que, muitas vezes, atua na implantação do PAD e está ao lado do paciente na realização dos cuidados técnicos deste plano. Este deve estar integrado com a equipe multidisciplinar e comunicar todas as oportunidades da assistência vivenciada para que o PAD possa ser revisto e reajustado prontamente, garantindo assim agilidade, qualidade e segurança ao paciente.

MÉDICO

O médico tem o papel de avaliar clinicamente o paciente, tratar sua patologia, trabalhar a prevenção, estar atento às necessidades de ajustes de terapias e condutas, a fim de manter com segurança e qualidade o paciente em ambiente domiciliar.

Ele deve realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabili-

tação e manutenção da saúde), com o olhar humanizado e respeitando ao máximo a privacidade domiciliar com relação a horários, indicações de terapias e procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio, levando em consideração a segurança do paciente e contexto social envolvido no cenário da Atenção Domiciliar. O médico também tem o importante papel de informar família, cuidador e paciente sobre o que é esperado para o caso, compartilhando (sempre que possível) as decisões sobre a condução a ser tomada.

FISIOTERAPIA

A atuação do fisioterapeuta dentro do contexto da Atenção Domiciliar é ampla e holística. É indicada à pacientes com necessidades de reabilitações respiratórias, motoras e/ou neurológicas que se beneficiam com a terapia realizada no ambiente domiciliar. Deve-se realizar uma avaliação inicial criteriosa para identificação de suas necessidades e o planejamento do seu plano domiciliar.

Algumas modalidades apresentam restrições no ambiente domiciliar, o que pode limitar o alcance de algumas metas pactuadas, mas cabe ao fisioterapeuta a discussão da adoção de medidas/terapias coadjuvantes que possibilitem a reabilitação mais plena possível no ambiente domiciliar. Cabe ressaltar que o ambiente domiciliar também pode servir de cenário intermediário de ganho funcional para continuidade em centros de reabilitação especializados.

A atuação holística deste profissional traz aos cuidadores e pacientes informações e orientações fundamentais para as rotinas diárias e prevenções de possíveis complicações.

FONOAUDIOLOGIA

A fonoaudiologia é mais uma disciplina que visa a promoção da saúde do indivíduo como um todo. Sua atuação na Atenção Domiciliar visa uma reabilitação integral, porém sua atuação, hoje, é mais frequente nas disfagias. A disfagia é um sintoma que afeta ou aumenta o risco de comprometimento do estado nutricional e hídrico, saúde geral e impacto negativo na qualidade de vida.

A fonoaudiologia pode auxiliar principalmen-

te na prevenção do risco de bronco-aspiração, orientando os ajustes das consistências alimentares, utensílios e modo da ingestão alimentar; cuidados com higiene oral; prevenir complicações pulmonares; diminuição da sialorréia – medidas xerostômicas na reabilitação dos pacientes disfágicos.

NUTRIÇÃO

O papel do nutricionista em Atenção Domiciliar é identificar e acompanhar os pacientes em risco nutricional, determinar os requerimentos nutricionais, identificar a via mais adequada para alimentação, orientar familiares e equipe de enfermagem quanto aos aspectos dietéticos, preparação, manipulação, armazenamento e administração da dieta indicada, atuando assim na elaboração e orientação do plano de cuidados nutricionais individualizado.

A assistência nutricional deve estar de acordo com a história clínica do paciente, avaliação dietética, antropométrica e bioquímica. É estabelecido o nível de assistência nutricional e a dietoterapia que pode atender as necessidades do paciente respeitando as limitações impostas pelas doenças de base, intercorrências clínicas e nutricionais.

PSICÓLOGO

O atendimento psicológico no processo da Atenção Domiciliar envolve várias questões que devem ser levadas em conta. Esse profissional tem um olhar diferenciado e consegue perceber as questões emocionais que envolvem o processo do adoecimento, questão muitas vezes central para o sucesso do Plano de Atenção Domiciliar (PAD).

O atendimento psicológico é destinado para o paciente ou família que necessitam de apoio para compreender ou aceitar a doença, limitações e dependências para poder estruturar estado emocional e, posteriormente, aprender a lidar com as mudanças decorrentes deste processo de saúde-doença.

Em muitos casos torna-se necessário o acompanhamento psicológico para o cuidador ou de algum familiar próximo que possui grande envolvimento emocional. Essa pessoa pode apresentar dificuldades para lidar com a doença do paciente e com as mudanças de rotina

decorrentes do processo de adoecimento. Esse familiar ou cuidador pode desenvolver doenças psicossomáticas (doenças de fundo emocional) por assumir uma carga muito pesada, gerando estresse e desequilíbrio emocional.

O psicólogo também desempenha um papel de mediador compreendendo e traduzindo as representações que a doença possa ter para o paciente e levando essas informações para os familiares e para os outros profissionais que atuam no domicílio.

SERVIÇO SOCIAL

Junto à equipe multiprofissional, o assistente social atua como facilitador na construção de um olhar humanizado para além do adoecimento, visando à manutenção do cuidado no domicílio. Busca a compreensão do contexto familiar e suas peculiaridades, avalia o impacto social do adoecimento do paciente para a família e possíveis arranjos.

Tem como função também a orientação quanto às rotinas da Atenção Domiciliar, reforçando o papel do cuidador e suas responsabilidades, elegibilidade, limitações dos serviços e necessidade de readequações da estrutura familiar, bem como para o enfrentamento das situações de cuidados.

É importante a orientação quanto à busca às redes de apoio, que auxiliem paciente, família e cuidador no processo de mudança. Cabe ao Assistente Social a constante orientação quanto a informações legais e burocráticas que garantam o acesso aos direitos sociais junto às famílias, pacientes e cuidadores. Estas orientações são de extrema importância para garantir a transição dos cuidados e o encerramento do PAD.

A avaliação do ambiente domiciliar também pode fazer parte do escopo de atuação do serviço social, devendo ser avaliadas as condições de infraestrutura e acessibilidade, visando segurança do paciente e equipe envolvida no processo.





8

GERENCIAMENTO E DESFECHO CLÍNICO

Os objetivos da Atenção Domiciliar podem ser muitos: estimular o autocuidado, possibilitar a capacitação do cuidador, promover a reabilitação, iniciar ou dar sequência ao tratamento de intercorrências clínicas, tais como quadros infecciosos e lesões cutâneas, vincular o paciente a uma rede de assistência, humanizar o atendimento, educar o paciente ou cuidador ao correto uso da rede de cuidados da operadora de saúde ou SUS e/ou promover a desospitalização precoce, entre outros.

A partir da definição da meta terapêutica a ser alcançada podemos elaborar o Plano de Atenção Domiciliar (PAD). Ele irá nortear o caminho a ser seguido, no domicílio, para o alcance da meta terapêutica pactuada. Podemos ter mais de um objetivo na meta terapêutica de cada paciente.

Garantir a integralidade da Atenção Domiciliar prestada é um dos grandes desafios de gestão desta modalidade de atendimento, que se inicia, ainda na internação hospitalar. Contemplando as peculiaridades da Atenção Domiciliar, torna-se imperioso uma proposta de trabalho centrada no desenvolvimento de uma gestão técnica do cuidado, a fim de assegurar qualidade, sustentabilidade e segurança da assistência.

A elaboração do PAD, bem como o estabelecimento de metas e objetivos na Atenção Domiciliar são propostas que devem estar bem definidas pela equipe multiprofissional, uma vez que em grande parte dos atendimentos estarão diante de uma realidade de cronicidade e sem perspectivas de cura, ou melhora funcional.

Mesmo nos casos de pacientes portadores de condições crônicas é preciso orientar e esclarecer à família, cuidador e paciente que a Atenção Domiciliar é um ciclo com início, meio e fim. Faz parte do início da Atenção Domiciliar a avaliação, indicação técnica e a implantação do atendimento.

A assistência do paciente vinculado a Atenção Domiciliar exige que toda a equipe que o assiste esteja alinhada com a proposta de cuidados a serem ofertados. Não obstante, empatia e individualidade do prestação do cuidado são aspectos relevantes neste segmento, o julgamento técnico e as diretrizes assistenciais devem nortear a atuação multiprofissional. Manter a atuação da equipe multiprofissional consoante com o PAD exige interdisciplinaridade, comunicação e diálogo permanente.

Para que a intervenção no domicílio ocorra em consonância com o proposto pelo PAD, é necessário a presença do cuidador nesse cenário. O cuidador (familiar ou não) tem papel fundamental na dinâmica da Atenção Domiciliar. Ele é um elo entre o paciente e a equipe multiprofissional. Cabe à equipe de saúde orientar, treinar e capacitar o cuidador para realizar os cuidados básicos com o paciente, somente sendo possível o desmame gradativo da assistência à medida que o cuidador esteja capacitado para assumir os cuidados.

O meio ou desenvolvimento da assistência aborda a evolução do quadro clínico com a proposta de reavaliações e readequações do PAD, promove sempre que possível o desmame gradativo do atendimento e treinamento da família quanto aos cuidados básicos. A alta do PAD ocorre em determinadas situações, sejam elas:

- Alta clínica, ou seja, término de uma terapia, cicatrização de lesões ou feridas, reabilitação ou treinamento de cuidador ou paciente;
- Alta administrativa, sendo por interrupção da fonte pagadora, mudança para uma região que não dispõe de cobertura ou apresenta risco para a Atenção Domiciliar, migração de prestador ou suspensão pelo próprio paciente ou cuidador ou responsável;
- Hospitalização devido necessidade eletiva ou de urgência/emergência;
- Óbito domiciliar (ou hospitalar).

A movimentação entre as modalidades de atenção é uma situação habitual estando o paciente entre internação domiciliar e Assistência Domiciliar. Esta movimentação percorre o quadro clínico e necessidades técnicas respeitando o que já fora detalhado anteriormente neste manual.





9

**SEGURANÇA DO
PACIENTE NA
ATENÇÃO
DOMICILIAR**

É direito de todo e qualquer indivíduo, receber uma assistência à saúde de qualidade e livre de danos, e dever de todo serviço de saúde de prestar uma assistência eficiente e segura em todos os seus processos. Pelo aumento da população idosa com suas respectivas enfermidades, por questões financeiras e por políticas governamentais, a Atenção Domiciliar tem se tornado cada vez mais importante na atenção à saúde.

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde. Este programa possui quatro eixos principais de atuação: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre ele. A cultura de segurança do paciente é o elemento que perpassa todos estes eixos, o que reforça o fato de que a responsabilidade sobre a segurança é de todos e vai além da segurança do paciente, incluindo também a segurança dos profissionais, familiares e comunidade.

Com aumento da capacidade dos sistemas de saúde de cuidar de pacientes em casa torna-se premente a atenção aos aspectos de segurança e definição de estratégias de avaliação e minimização de riscos.

Independente do serviço que está sendo realizado, o importante é frisar que quando o locus de atuação é o domicílio do paciente é preciso que haja respeito a este ambiente, às formas de se viver nele, aos hábitos e, principalmente, à rotina da família e do usuário, respeitando os limites estabelecidos naquele espaço. Porém este deve ser seguro para todos.

Considerando que o domicílio é um locus privilegiado de se “fazer saúde”, há necessidade de se traçar estratégias diferenciadas para garantir a segurança, pois este é um espaço onde encontramos desafios específicos em relação à logística, à aspectos culturais e sociais – pois também são determinantes na condução da assistência prestada – e à comunicação efetiva com os pacientes e seus cuidadores

e familiares, pois estes últimos possuem um papel essencial nesta modalidade do cuidado.

DIMENSÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) propõe a incorporação do Modelo Lang (3) para categorização das questões de segurança relacionadas à Atenção Domiciliar com base em três dimensões: física (ambiente, suprimentos e relacionamento dos diversos envolvidos no cuidado), emocional (aspectos psicológicos para paciente, família, cuidador e equipe provedora do cuidado) e social/funcional (suporte da comunidade e família, aspectos da funcionalidade e atividades de vida diária). Estes são aspectos de grande relevância não só para segmentação das questões de segurança no domicílio como também para nortear a definição de levantamento riscos ao longo da prestação de cuidado.

DIMENSÃO FÍSICA E PROCESSOS CHAVE

São considerados atributos físicos da Atenção Domiciliar as questões ambientais bem como riscos de segurança relacionados ao manejo e administração de suprimentos e equipamentos. Os eventos adversos mais comuns nesta dimensão no domicílio são complicações e erros relacionados ao uso de medicação, infecções e quedas. Além destes, são riscos relevantes também os nutricionais, o aumento progressivo da complexidade clínica e de cuidado do paciente no domicílio, a coordenação de cuidado ineficaz e a comunicação não efetiva.

Manejo de medicamentos: a administração de medicamentos no domicílio envolve riscos potenciais que podem causar danos irrever-

síveis aos pacientes. Dados internacionais sugerem que aproximadamente 70% dos pacientes em Atenção Domiciliar apresentam algum tipo de erro relacionado ao manejo de medicações, sendo a polifarmácia e indicação inadequada os mais significativos. Outros problemas relacionados a erros dizem respeito ao processo de preparo e administração de medicamentos, má aderência ao uso das medicações recomendadas e riscos inerentes ao domicílio, principalmente relacionado ao acondicionamento.

Neste sentido, cuidados precisam ser adotados através dos “nove certos” preconizados, além da adoção de processos administrativos de controle. Para os casos de administração parenteral de medicamentos, deve-se seguir protocolos internos validados em todas as fases desta atividade. Cabe ressaltar a necessidade de reconciliação medicamentosa e avaliação prévia das interações medicamentosas e/ou interação alimento-medimento.

Controle de Infecção: as infecções não são restritas ao ambiente hospitalar, pois sabemos que os microorganismos permanecem no indivíduo após a alta hospitalar, e o aumento de usuários portadores de germes multirresistentes exige especial tratativa da Atenção Domiciliar.

O ambiente domiciliar proporciona desafios adicionais ao controle de infecção por se tratar de ambiente não controlado em associação à potencial complexidade clínica dos pacientes. Pacientes em uso de cateter venoso central, cateter vesical, traqueostomia e ventilação mecânica possuem riscos associados e por isso devem receber estratégias preventivas adicionais.

Recomenda-se as precauções padrão padronizadas como medidas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para o cuidado em saúde, independente do local em que estes são realizados.

Um estudo americano recente demonstrou que aproximadamente 3,5% dos pacientes em Atenção Domiciliar desenvolveram infecção que motivou a busca por serviços de urgência ou hospitalização, sendo que as infecções foram responsáveis por 17% das hospitalizações não planejadas deste perfil de pacientes. Portanto, é necessária a adoção de equipamentos de barreira, monitoramento dos dispositivos invasivos e padronização de

procedimentos invasivos por meio de protocolos assistenciais. Sugere-se que os serviços estabeleçam e monitorem indicadores de incidência e prevalência de infecção no domicílio.

Prevenção de quedas: a queda representa um relevante e crescente risco de segurança para pacientes em Atenção Domiciliar. Entre idosos, trata-se de uma das principais causas de dano acidental e morte. Por terem causas multifatoriais e impactarem diretamente nos desfechos clínicos dos pacientes, deve-se adotar processos bem definidos para a prevenção das mesmas, avaliação de riscos ambientais e proposição de ajustes e adoção de tratativas adequadas e ágeis na ocorrência destas.

Condições nutricionais: o acesso à nutrição adequada tanto ao paciente quanto a cuidadores e profissionais é uma condição importante para implantação segura da Atenção Domiciliar e deve ser resguardado.

Condições clínicas complexas: pacientes em Atenção Domiciliar apresentam, cada vez mais, condições clínicas complexas associando múltiplas condições crônicas, perdas funcionais motoras e cognitivas, uso de dispositivos e recursos complexos entre outros. A admissão do paciente na Atenção Domiciliar dá-se a partir do estabelecimento de critérios de elegibilidade de forma a buscar segurança e qualidade no cuidado especialmente para pacientes com condições clínicas complexas. São necessários, além dos critérios clínicos estabelecidos, os critérios administrativos e operacionais para a viabilidade do cuidado em casa.

Transição de cuidados e comunicação: a garantia de continuidade dos cuidados e transição segura dos pacientes é um desafio para os sistemas de saúde com grande impacto na segurança. A transição dos cuidados de pacientes hospitalizados para a Atenção Domiciliar tem como potenciais riscos as falhas de comunicação entre equipes, familiares e cuidadores, transmissão incompleta das informações pertinentes, educação e preparação adequada de familiares e cuidadores. Sabe-se que a comunicação efetiva é o elemento de grande relevância para a atuação na área da saúde pois abrange relação entre profissionais, pacientes e familiares e cuidadores,

dados que diferentes concepções e linguagens estão envolvidas. São linhas mestras da garantia de um processo de comunicação efetiva na Atenção Domiciliar:

- Envolver e corresponsabilizar o paciente e a família ou cuidador, na medida das suas possibilidades, na elaboração e cumprimento do plano de cuidado domiciliar de forma compartilhada, clara, objetiva, respeitosa e de modo que atenda às necessidades de saúde com qualidade e segurança. É primordial que este plano seja reavaliado regularmente pela equipe assistencial e compartilhado com o intuito de repactuar os objetivos terapêuticos para atingir as metas partilhadas;
- Registrar em prontuário todas as mudanças, orientações e acordo realizados com paciente, família e cuidador de forma sistemática, legível e clara, possibilitando fácil acesso e promovendo a continuidade do cuidado, disponibilizando materiais escritos e ilustrativos para instrumentalizar a família e cuidador para assumir a continuidade após a transição do cuidado;
- Identificar corretamente o paciente garantindo que o medicamento ou material seja fornecido ou administrado ao paciente certo. Merece atenção especial a guarda do prontuário evitando trocas e/ou extravios de qualquer formulário através processo interno bem estabelecido.

Para uma continuidade segura e responsável do cuidado domiciliar é necessário garantir, antes da implantação da Atenção Domiciliar:

- o fornecimento regular e seguro de materiais, equipamentos, medicamentos e insumos necessários para a manutenção do plano assistencial domiciliar proposto;
- a presença de cuidador formal ou informal com possibilidade de capacitação;
- residência com condições adequadas para o tipo de cuidado proposto com fornecimento de energia e água adequados;
- possibilidade de transporte e acesso do sistema de saúde com segurança (ex: uso de ambulâncias);



- manutenção de plano terapêutico atualizado.

Depois de verificadas estas condições, cabe à equipe da Atenção Domiciliar a programação desta continuidade do cuidado na forma e no tempo oportunos.

Tão importante quanto a admissão na Atenção Domiciliar é a alta, transição e continuidade de cuidados de forma segura. Este momento deve estar planejado e pactuado desde o início do atendimento domiciliar. Alguns aspectos a serem considerados neste processo: a evolução clínica do paciente, as condições (facilidades, dificuldades e condições psicossociais) do paciente e/ou cuidador e família para o seguimento das ações de sua responsabilidade, avaliação, encaminhamento e organização dos acessos para serviços da rede de atenção diante das necessidades do paciente e transição propriamente dita dos cuidados.

Perigos ambientais: o ambiente domiciliar possui riscos potenciais para segurança relacionados à infraestrutura do domicílio, distribuição física de cômodos e mobiliários, saneamento, acesso, convivência com animais e gerenciamento de resíduos. A avaliação de riscos ambientais e sociais é fundamental no processo de admissão dos pacientes na Atenção Domiciliar, buscando definir estratégias de minimização destes riscos, readequações ambientais necessárias e até mesmo a viabilidade a Atenção Domiciliar segura.

Acessibilidade é também um critério importante a ser levado em consideração. Segundo definição da NBR 9050 (2004) é “a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos” podendo ser traduzida como a possibilidade de aproximação, com segurança e autonomia de espaços e sua utilização por pessoas com necessidades especiais, deficiência ou mobilidade reduzida, considerando as dimensões e as atividades neles desenvolvidas.

A convivência com animais de estimação e a utilização destes para reinserção na sociedade e reabilitação têm mostrado benefícios efetivos e expressivos impactos na qualidade de vida dos pacientes, portanto, se faz necessário alguns cuidados domiciliares para que esta convivência não gere riscos de infecção e intercorrências. É importante para a segurança do paciente, sua família e comunidade que os resíduos sólidos tenham a destinação correta. A RDC Anvisa nº 306 (de 2004) discorre sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) de forma a organizar o recolhimento dos resíduos produzidos no domicílio – para minimizar resíduos, substituir materiais perigosos, proteger os pacientes, famílias e profissionais e preservar o meio ambiente, pois a destinação final e o gerenciamento dos resíduos são de responsabilidade da instituição que o origina. Além do descarte, é importante que se dissemine conhecimento do acondicionamento destes resíduos ainda dentro dos domicílios. Os resíduos perfurocortantes e com presença de medicamentos devem ter direcionamento apropriado.

Garantia de insumos necessários e transporte seguro e em tempo oportuno: entende-se que uma organização logística adequada é de suma importância para a garantia da

previsão e provisão dos insumos necessários para a segurança e qualidade da Atenção Domiciliar proposta. A condição adequada de transporte para cada item em tempos acordados de forma a garantir a continuidade do cuidado bem como a manutenção preventiva dos equipamentos deve ser garantida pela empresa de Atenção Domiciliar.

É importante o estabelecimento de fluxos para provisão de materiais, medicamentos, equipamentos e outras tecnologias indispensáveis a cada caso, bem como o acesso a métodos complementares de diagnóstico tanto no caráter eletivo como de urgência. A empresa de Atenção Domiciliar deve conter, em sua organização, as diretrizes que vão abranger padronização, especificação, classificação e dispensação dos itens inerentes às atividades desenvolvidas no domicílio com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança assistencial e qualquer interferência neste processo pode comprometer o plano assistencial domiciliar proposto impactando diretamente no desfecho planejado.

A utilização de materiais médico-hospitalares e medicamentos deve ocorrer de forma responsável e consciente. Para que o paciente tenha acesso aos insumos necessários, é fundamental que a equipe técnica avalie constantemente sua condição clínica, reajuste seu plano terapêutico e, conseqüentemente, os materiais utilizados. Os profissionais devem estimular o consumo responsável, desencorajando os excessos nas residências e o uso inadequado de produtos e serviços. Os excessos nas residências trazem riscos à saúde do paciente e familiares, pois dificulta o controle de estoque, acompanhamento das validades dos produtos e facilita o acesso para utilizações desnecessárias e, em alguns casos, abusivas. Em contrapartida, a falta pode acarretar na interrupção do tratamento e prejuízos à evolução clínica do paciente.

DIMENSÃO EMOCIONAL

Nesta segunda dimensão do Modelo Lang estão representados os fatores emocionais relacionados aos impactos psicológicos de receber e proporcionar o cuidado no domicílio. Neste sentido é necessária avaliação permanente e abrangente das condições psicossociais de paciente, família, cuidadores e membros

da equipe provedora de cuidados buscando minimizar situações de burnout, promovendo ambiente seguro e proporcionando bem estar ao paciente, pois muitas situações são geradoras de estresse e impotência nos profissionais e familiares. Além disto, pode ocorrer à exposição da equipe a áreas com maiores índices de violência, alto risco de riscos ocupacionais e condições ambientais diversas.

Na Atenção Domiciliar é primordial que haja oferta de educação continuada permanente com espaço para discussão de casos e apoio psicológico.

DIMENSÃO SOCIAL E FUNCIONAL

Esta terceira dimensão do Modelo Lang de riscos na Atenção Domiciliar contempla os riscos relacionados ao suporte da comunidade e família e aspectos da funcionalidade e atividades de vida diária. Uma adequada preparação da Atenção Domiciliar requer mapeamento destes riscos e definição de medidas de contorno e adaptação para viabilização de uma atenção adequada, minimizando impactos na segurança. A definição do familiar-cuidador responsável pela interlocução com as equipes de atenção domiciliar é fundamental, sendo necessário seu engajamento e preparo viabilizando o autocuidado apoiado. Para a implantação e transição dos cuidados é necessário que os pacientes, familiares e/ou cuidadores estejam de acordo com o plano assistencial domiciliar e aptos a realizar os cuidados relacionados às atividades de vida diária e manusear equipamentos necessários ao cuidado permitindo a continuidade do cuidado de forma segura e com qualidade. Para isto é necessário a capacitação da família e/ou cuidador durante toda a assistência prestada. Para esta transição é necessário que a empresa de Atenção Domiciliar utilize ferramentas variadas com o objetivo de garantir esta aprendizagem onde os procedimentos técnicos precisam ser adaptados para o contexto domiciliar com o intuito de torná-los viáveis e mais efetivos.

Além deste aprimoramento prático, é importante que os familiares e/ou cuidadores estejam aptos a reconhecer sinais de alertas e intercorrências clínicas bem como as providências a serem tomadas nestas situações.

OUTROS FATORES IMPORTANTES PARA A SEGURANÇA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

ELEGIBILIDADE E COMPLEXIDADE

Este é o primeiro critério a ser levado em consideração quando se avalia a possibilidade de o paciente ingressar em Atenção Domiciliar. Olhar com atenção para a elegibilidade e complexidade é necessário para que este atendimento possa ser construído de acordo com as necessidades terapêuticas do paciente, sem trazer riscos e prejuízos. No Capítulo 3 deste manual, o assunto é abordado de forma mais detalhada.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES OU EVENTOS ADVERSOS

Para garantir a efetivação de práticas de segurança no domicílio é necessário estabelecer um fluxo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos ocorridos no ambiente domiciliar bem como a implantação de plano de melhoria baseado nas oportunidades identificadas. Ressaltamos que é de extrema importância a participação do paciente, família e cuidador nesta notificação para implementar medidas preventivas que minimizam danos ao sistema como um todo.

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Com base na premissa de que não se pode melhorar aquilo que não é medido torna-se fundamental estabelecer indicadores que reflitam os riscos de segurança a serem tratados através de ciclos de melhoria. Desta

forma, métricas bem definidas que tratem as perspectivas do paciente, cuidador, família e equipes provedoras de cuidado é possível definir os eventos mais prevalentes e incidentes e tratá-los de maneira assertiva.

PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

Atuar em prol da cultura de segurança e qualidade da assistência à saúde na Atenção Domiciliar contribui com a promoção de um pensamento comum e de direção única para atender aos padrões estabelecidos e necessidades de todos os envolvidos.

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é cada vez mais uma exigência da sociedade brasileira, e nesse sentido a Atenção Domiciliar tem o compromisso de desenvolver esforços que visem à melhoria da comunicação e a transparência de informações.

A acreditação é a metodologia que certifica a excelência nos processos de qualidade assistencial das instituições de saúde. São diversas as instituições certificadoras que, através de metodologias específicas, avaliam, acompanham e atestam as práticas de qualidade e segurança. São algumas delas:

Joint Commission International (JCI) - organização americana com maior experiência no mundo na área de acreditação. O manual de acreditação contém os padrões, declarações de propósito e elementos mensuráveis da JCI, para instituições de cuidados domiciliares, incluindo exigências centradas no paciente e exigências organizacionais.

Accreditation Canada Internacional (ACI) QMentum International - a metodologia internacional de excelência, orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança. Utiliza critérios internacionais com validação mundial.

Organização Nacional de Acreditação (ONA) - entidade não-governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil com foco na segurança do paciente. Essa metodologia é reconhecida pela ISQua (International Society for Quality in Health Care).

O Programa de Gestão da Qualidade deve buscar a melhoria contínua dos processos e abertura de novas possibilidades, o que significa sair da zona de conforto e ampliar a visão gerencial com o foco na otimização dos processos. Deve buscar o cumprimento de protocolos clínicos e não-clínicos, normas, políticas e procedimentos estabelecidos para um atendimento seguro, além do estabelecimento de condutas para gerenciamento dos riscos e boas práticas.

Para implantar e manter a cultura da qualidade e segurança é preciso, acima de tudo, mapear os processos, capacitar a equipe de trabalho, conhecer os requisitos dos clientes e analisar continuamente os resultados. Para isto as empresas acreditadas utilizam importantes ferramentas de auditorias interna e domiciliar, gestão de documentos, indicadores de desempenho e tratamento de não conformidades.

Na área da saúde, a segurança é um princípio fundamental e requisito para qualidade do cuidado. O cuidado seguro resulta de ações corretas dos profissionais de saúde, de processos e sistemas adequados. Implementar uma cultura de segurança consiste em estimular os profissionais a reconhecerem os riscos e a acreditarem que estes podem ser minimizados, evitando-se assim que pacientes sejam vítimas de eventos adversos. Deve se valorizar a notificação de incidentes para que se possa conhecer os principais erros decorrentes do cuidado de saúde e suas possíveis causas, adotando-se postura não punitiva. Os benefícios decorrentes desta cultura são para o paciente, para o próprio profissional e para a instituição de saúde.

Sendo assim é fundamental identificar e desenvolver estratégias bem-sucedidas de melhoria da segurança do paciente na Atenção Domiciliar, buscando abordagens adaptadas e adequadas a este ambiente, favorecendo a continuidade do cuidado e a comunicação entre paciente, família, cuidadores, provedores de cuidado de diferentes serviços e a sedimentação da cultura de segurança neste contexto.





10

**INDICADORES
ASSISTENCIAIS E
ADMINISTRATIVOS**

O seguimento de Atenção Domiciliar vem crescendo a cada ano como alternativa para disponibilizar mais leitos, devido a uma carência de leitos hospitalares no Brasil, segundo informação da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). As empresas de Atenção Domiciliar estão percebendo a necessidade de aperfeiçoar processos buscando a excelência em saúde.

De certo, para buscar a excelência e obter sucesso é preciso que decisões estratégicas sejam fundamentadas em informações consistentes, sendo primordial a adoção de indicadores que auxiliem nesta tarefa, pois estes são agentes tradutores da informação. Deming (1990) afirmou que “não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia”.

Os indicadores são instrumentos de gestão essenciais para mensurar os resultados dos processos, sendo uma relação matemática que mede, numericamente, atributos de um processo ou dos resultados, com o objetivo de comparar esta medida com metas numéricas pré-estabelecidas. Além disso, antecipam resultados desfavoráveis, mudança no cenário, fragilidade no processo, entre outros, direcionando a tomada de decisão.

Sendo assim, para que as instituições trabalhem com indicadores de forma eficaz, o primeiro passo é definir quais processos serão mensurados. No caso dos indicadores estratégicos, eles devem ser determinados pelo corpo executivo com base nas estratégias definidas para a instituição para o(s) próximo(s) ano(s), e é sugerida utilização de metodologia de medição e gestão de desempenho como, por exemplo, o Balanced Scorecard (BSC), desenvolvido por Norton e Kaplan em 1992. Vale ressaltar que embora sejam determinados pelo corpo executivo da empresa, a execução será pelas áreas relacionadas com análise conjunta. Já os indicadores táticos e operacionais são definidos pelas áreas ou setores e mensuram o desempenho ou um processo específico.

Um ponto importante que deve ser levado em consideração para clareza dos indicadores no seguimento de Atenção Domiciliar são as definições estabelecidas na RDC 11/2006 que regulamenta o funcionamento dos serviços para que não haja interpretações divergentes e, conseqüentemente, interfira nos resultados.

TIPOS DE INDICADORES

Os indicadores medem aspectos qualitativos e quantitativos e, em sua maioria, são estabelecidos a partir da tríade proposta por Donabedian (2003): estrutura, processo e resultado. São eles:

- **Estrutura:** recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para o cuidado.
- **Processo:** conjunto de atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, durante a prestação do cuidado.
- **Resultado:** produto final do cuidado, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Os indicadores também são divididos por assistenciais e administrativos. No caso de Atenção Domiciliar, segmento que é bastante diferente do hospitalar e há pouco material disponível, a RDC 11/2006 preconiza cinco indicadores assistenciais relacionado ao processo clínico:

- Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar;
- Taxa de internação após Atenção Domiciliar;
- Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar;
- Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar;
- Taxa de alta da modalidade internação domiciliar.

Além da RDC11/2006, há também o Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (Plataforma SINHA) da Anahp, que proporciona indicadores periódicos e organizados sobre o desempenho financeiro, operacional e de recursos humanos das instituições. O SINHA foi criado em 2003 para produzir informações que auxiliem os gestores dos hospitais membros no planejamento estratégico e na tomada de decisão da entidade. Em 2017 o SINHA ampliou a sua abrangência para a Atenção Domiciliar. Foram definidos indicadores de desempenho que têm como objetivo oferecer um sistema de indicadores integrados

com processamento realizado trimestralmente, e absoluto sigilo das informações coletadas, bem como estimular e capacitar as instituições para a utilização de indicadores padronizados como ferramenta gerencial e desenvolver referências adequadas visando à execução de análises comparativas (Anexo 3).

Vale ressaltar que desde 2008 a Anahp publica os indicadores consolidados de seus hospitais membros por meio do anuário Observatório Anahp, que fortalece a posição de vanguarda da associação e a transparência da entidade e de seus hospitais. Essa iniciativa reforça ainda o alto padrão de qualidade e desempenho das instituições pertencentes à Anahp para o setor de saúde brasileiro. Os indicadores são publicados anualmente e a revista já se tornou uma ferramenta importante para consulta e benchmarking do setor.

Tanto os indicadores da RDC 11/2006, quanto os indicadores do SINHA, por terem a fórmula e a unidade definidas, permitem a comparação entre instituições de Atenção Domiciliar. Vale ressaltar que também são considerados indicadores assistenciais aqueles obtidos por meio dos protocolos clínicos gerenciados.

Os indicadores administrativos permitem o gerenciamento das diversas variantes nos processos internos e externos, pois observam o desempenho de cada etapa destes processos, que estabelecem o negócio central da instituição. São exemplos de alguns indicadores administrativos dentro da tríade de estrutura, processo e resultado:

- Turn-over;
- Tempo médio de implantação de paciente;
- Taxa de visitas realizadas;
- Rentabilidade;
- Margem de contribuição;
- Tiquete médio;
- Satisfação do cliente.

Vale ressaltar que os indicadores mencionados são exemplos e a instituição pode e deve estabelecer indicadores que são importantes para a sua prestação de cuidados.

ELABORAÇÃO DOS INDICADORES

A instituição, ao identificar quais os indicadores que serão trabalhados, sejam eles estratégico, tático ou operacional, define a ficha técnica dos indicadores selecionados. As fichas técnicas elucidam e norteiam o entendimento, para que não haja desvio na coleta dos dados e prejudique a análise, criando uma imagem equivocada da realidade. É importante que ela obedeça uma sequência lógica, como:

- Nome do indicador (ou item de controle);
- Tipo: estrutura, processo e resultado;
- Responsável: definir responsáveis pela coleta, alimentação do banco de dados e análise dos resultados;
- Característica: definir o que será medido, serviço ou processo que se quer mensurar;
- Periodicidade: definir a periodicidade que o indicador será monitorado e analisado;
- Critérios de inclusão: definir o que será considerado para o indicador;
- Critérios de exclusão: definir o que será desconsiderado para o indicador;
- Fórmula: informar os dados que devem ser relacionados matematicamente para que os resultados de uma meta possam ser mensurados (o resultado tem que traduzir exatamente o que se quer saber);
- Meta (factível): definida a partir do histórico dos resultados ou ainda de um referencial de excelência;
- Tipo de medida: unidade medida dos dados lançados (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto);
- Fonte de informação: local de onde será extraída a informação;
- Amostra: definir a população (parcela conveniente selecionada do universo);
- Tipo de gráfico.

Ao ter a ficha técnica dos indicadores construída e a tratativa dos dados levantados, deve-se estabelecer o meio de divulgação dos resultados para toda a equipe envolvida, que podem acontecer de diversas maneiras como: quadro de gestão à vista, reuniões geral de indicadores, reuniões setoriais, enfim, a melhor forma e que mais se adequar a realidade da instituição.

VALIDAÇÃO

Todo planejamento de indicador deve ser avaliado por uma área definida pela instituição. Normalmente esta validação é realizada pelo escritório da qualidade ou área estatística e que, após aprovação, são encaminhados às áreas para início do gerenciamento.

ANÁLISE DE RESULTADOS E PLANEJAMENTO E AÇÕES DE MELHORIA

A análise do indicador, com a periodicidade definida pelo produtor e registrada na ficha técnica de indicadores, deve contemplar a comparação entre a meta estabelecida e o resultado registrado. Caso o resultado obtido esteja fora da meta estabelecida, é importante que o produtor avalie as causas deste desvio e proponha medidas de ajustes. Quando o resultado for insatisfatório, os responsáveis devem planejar as ações de melhoria, após análise de causa raiz; e esta etapa é registrada no espaço para “análise crítica de indicadores”.

Para os indicadores estratégicos, a análise é conjunta com a diretoria, porém o planejamento e a implementação da melhoria serão realizados pelo produtor do indicador. Nos casos em que a efetividade das ações propostas não fora testada, novas ações devem ser elaboradas, alterando-se as iniciais. Após sucessivas análises críticas se o indicador não atingir a meta, deve-se voltar ao que foi planejado para reavaliar o diagnóstico e as causas, a fim de programar ações relacionadas com o novo diagnóstico. E a efetividade das ações de melhoria deve ser avaliada nas reuniões periódicas.





11

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**



A Atenção Domiciliar tem como objetivos centrais a redução da demanda por atendimento e tempo de permanência hospitalar; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia do indivíduo e a otimização dos recursos financeiros tanto na rede pública quanto na saúde suplementar; a atuação de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitutiva ou complementar à internação hospitalar. Partindo desses conceitos e considerando o domicílio como locus privilegiado de se “fazer saúde”, há necessidade de traçar estratégias diferenciadas para garantir a qualidade da assistência adequando-a as necessidades evidenciadas e proporcionando segurança. Neste espaço, no entanto, encontram-se alguns desafios específicos relacionados a aspectos sociais e culturais que são determinantes na condução da assistência prestada. Há ainda necessidade de se estabelecer comunicação realmente efetiva com pacientes, famílias e cuidadores, que são protagonistas da atenção à saúde e possuem papel ainda mais importante na Atenção Domiciliar.

A utilização da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar – Score NEAD - fornece o embasamento para a solicitação de desospitalização, trazendo segurança e credibilidade para o processo de transição.

O Relatório Médico de Desospitalização recen-

temente produzido pela Anahp (Associação Nacional dos Hospitais Privados) e NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar) alcançou o objetivo de promover comunicação clara, baseada em indicações técnicas entre todas as partes envolvidas.

Vale ressaltar ainda que para garantir adequada transição de cuidados é fundamental a realização do Plano de Atenção Domiciliar alinhando os objetivos e metas terapêuticas, contemplando a preparação de cuidadores e família para os cuidados recomendados e posterior transição para outro nível de atenção. No que tange a gestão dos serviços de Atenção Domiciliar destaca-se a importância do acompanhamento de indicadores, bem como sua análise crítica em toda a cadeia de cuidado como estratégia para minimizar, controlar e prevenir efeitos negativos, fazendo com que haja controle e orientação dos processos de trabalho. Sendo assim, toda instituição que deseja gerenciar a qualidade dos seus processos, deve trabalhar com indicadores, utilizando-os em seu processo de melhoria contínua. Finalmente são indiscutíveis os benefícios do processo de transição de cuidados para o domicílio uma prática capaz de garantir a continuidade do cuidado, promover a desospitalização segura, intervir de forma positiva no risco de longa permanência hospitalar e de readmissão favorecendo a sustentabilidade.



12

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

ASHP. Guidelines on the pharmacist's role in home care. 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001/2015: Sistemas de Gestão da Qualidade. Rio de Janeiro, 2015.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. v.3, nº 12, jul. set. 2001. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadel.pdf>. Acesso em: 02. out. 2017.

BORK, A.M.T.; MINATEL, V.F. *Enfermagem de excelência: Da visão a ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. *Comissão Assessora de Farmácia Hospitalar*. 3. ed. 2013. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/index.php/comissoes-assessoras/561-farmacia-hospitalar/acoes/8248-cartilha-de-farmacia-hospitalar.html>> Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática*. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf> Acesso em 02. out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. v. 2. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente Ministério da Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf> Acesso em: 3 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do paciente no domicílio*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/seguranca_paciente_domicilio.pdf> Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013, Seção 1, p. 30.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2010. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em: 29 set 2017.

BRONDANI, C.M. et al. *Caregivers and strategies for home care patients*. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

- CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores. 1. ed. São Paulo: Ivomar Gomes Duarte, 2009.
- CRUZ, E. Farias. *Porque o familiar e/ou paciente resistem à assistência domiciliar?*. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- DEMING, W. Edwards. *Qualidade: A revolução de Administração*. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.
- DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1. ed. v 1, 2003.
- FAROL INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE. Indicadores de Assistência Domiciliar. Disponível em <<http://www.programafarol.com.br/index.php/ficha-tecnica-dos-indicadores/indicadores-de-assistencia-domiciliar>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
- FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2008.
- FORTES, P. A. Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em Tempos de Globalização. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v. 23, n. 2, jun. 2014.
- FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. Indicadores de desempenho. São Paulo, 1995.
- GENET, N. *Home care in Europe: a systematic literature review*. *BMC Health Services Research*. 2011.
- HOSP. Setor de home care cresce com carência de leitos hospitalares. Disponível em: <<http://www.revistahosp.com.br/dados/materia/Setor-de-home-care-cresce-com-carencia-de-leitos-hospitalares/3205>>. Acesso em: 25/07/2017>.
- HOSPITAL VERA CRUZ. *Guia de Orientação da Assistência Domiciliar, Suporte Domiciliar Multiprofissional*. Campinas, 2011. 467 p.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Patient Safety in the Home: Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. Disponível em: <<http://www.ihi.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Home.aspx>> Acesso em: 02 out. 2017.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. SMART Discharge Protocol. Disponível em: <<http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SMARTDischargeProtocol.aspx>> Acesso em: 10 out. 2017.
- KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. The Balanced Scorecard-Measures That Drives Performance. *Harvard Business Review*, p. 71-79, 1992.
- LANG A, et al. *Researching triads in Home Care: Perceptions of safety from Home Care clients, their caregivers, and providers*. 2014.
- LASELVA, M.R. No alvo o melhor profissional - seleção e treinamento. *Editorial SOS Vidas: Inovando em saúde*, v. 11, n. 33, 2016.
- LOUREIRO, E. Gasques. *Assistência Domiciliar: a atuação do profissional de enfermagem na interação com o idoso portador de enfermidade crônica*. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- LOURENÇO, Roberto; VERAS, Renato. *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: Uma*

perspectiva interdisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Doc, 2010. p. 23, 80,81.

NUCLEO DE NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR. Caderno de Boas Práticas Fascículo II: Desospitalização. São Paulo. 2017. Disponível em: <<http://www.neadsaude.org.br/nead-digital/boaspraticas02/>> Acesso em: 10 out. 2017.

ONU. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>> Acesso em: 18 ago. 2017.

PLANAS L. G et al. A pharmacist model of perceived responsibility for drug therapy outcomes. *Social Science & Medicine*. 10. ed. 2005, v. 60.

SHANG J, et al. *Infection in home health care: Results from national outcomes and assessment information set data*. *American Journal of Infection Control*. 2015.

SILVA, K.L., et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista Saúde Pública*, v.44, n.1, p.166-76, 2010.

SIQUEIRA, A.B. et. al. *Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, 2004.

STRATEGY. 5 principais indicadores de performance financeira. Disponível em <<http://www.strategymanager.com.br/blog/5-principais-indicadores-financeiros-de-performance/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

UNIVERSITY HOSPITALS BIRMINGHAM. The main components of clinical governance. 2017. Disponível em <https://www.uhb.nhs.uk/clinical-governance-components.htm> Acesso em: 10 out. 2017.

VERAS, R.P. *Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Quality of care: patient safety*. 2002. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>> Acesso em: 02 out. 2017.

SHELKEY M.; WALLACE M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Try This*. n. 2, 2012. Disponível em <<https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-2.pdf>> Acesso em: 10 out. 2017.



13

ANEXOS



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 | | | ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS | |
| | 24 HORAS | 12 HORAS | | | |
| 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 | 1 | 2 | 3 | |
| | EUTRÓFICO | SOBREPESO/EMAGRECIDO | OBESO/DESNUTRIDO | | |
| ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL | SEM AUXÍLIO | ASSISTIDA | GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA | POR SNG/SNE * | |
| KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2) | INDEPENDENTE | DEPENDENTE PARCIAL | DEPENDENTE TOTAL | | |
| INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO | 0 - 1 INTERNAÇÃO | 2 - 3 INTERNAÇÕES | > 3 INTERNAÇÕES | | |
| ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES | AUSENTE | ATÉ 5 VEZES AO DIA | MAIS DE 5 VEZES AO DIA | | |
| LESÕES | N E N H U M A O U LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES O U Ú N I C A L E S Ã O C O M CURATIVO COMPLEXO | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS | | |
| MEDICAÇÕES | VIA ENTERAL | INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA *** | INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE | | |
| EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS | AUSENTE | INTERMITENTE | | | |
| USO DE OXIGENIOTERAPIA | AUSENTE | INTERMITENTE | CONTÍNUO | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | ALERTA | CONFUSO/DESORIENTADO | COMATOSO | | |
| PONTUAÇÃO FINAL: | | | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| Até 5 Pontos | Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos 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. *** Excluiu medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



| ESCORE DE KATZ | | | | | |
|------------------------|--|---|---------------------|---|--|
| ATIVIDADES | INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal) | | | DEPENDÊNCIA 0 PONTO (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 URINOL OU 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. | |
| PONTUAÇÃO KATZ: | | | | | |
| 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.

Anexo 1 – Tabela de avaliação para planejamento de Atenção Domiciliar – parte 2

Disponível para download no site <http://www.neadsaude.org.br>



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"/> Fibrose Pulmonar | <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| 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"/> Fonoterapia | |
| | <input type="checkbox"/> Outro Profissional: | | | |

Anexo 2 – Relatório médico para desospitalização – parte 1

Disponível para download no site <http://www.neadsaude.org.br>



RELATÓRIO MÉDICO PARA DESOSPITALIZAÇÃO



| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| 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 |
| | | Nebulização: | <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 Peritonial |
| | | <input type="checkbox"/> Cistostomia | <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia |
| | | Curativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Locais: |
| 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) | |

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 2 – Relatório médico para desospitalização – parte 2

Disponível para download no site <http://www.neadsaude.org.br>

Anexo 3 – Relação de indicadores de Atenção Domiciliar - Plataforma Sinha Anahp

- Média de permanência (dias) geral (excluindo liminar, ventilação mecânica e acima de 180 dias);
- Média de permanência (dias) pacientes em regime de internação domiciliar;
- Densidade de incidência de quedas - as modalidades de Atenção Domiciliar- ‰ (Por mil);
- Densidade de incidência de quedas com lesão- as modalidades de Atenção domiciliar- ‰ (Por mil);
- Densidade de incidência de quedas – modalidade internação- ‰ (Por mil);
- Densidade de incidência de quedas com lesão– modalidade internação- ‰ (Por mil);
- Taxa de mortalidade;
- Taxa de alta;
- Taxa de infecção adquirida em Atenção Domiciliar;
- Densidade de incidência de infecção associada a cvc- ‰ (Por mil);
- Taxa de utilização de cateter venoso central;
- Densidade de incidência de pneumonia por broncoaspiração- ‰ (Por mil);
- Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica contínua- ‰ (Por mil);
- Taxa de utilização de ventilação mecânica;
- Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em Atenção Domiciliar- ‰ (Por mil);
- Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em pacientes em regime de internação- ‰ (Por mil);
- Taxa de utilização de cateter vesical de demora;
- Incidência de pacientes com lesão adquirida na Atenção Domiciliar- ‰ (Por mil);
- Incidência de pacientes com lesão por pressão (úlceras por pressão) adquirida na Atenção Domiciliar- ‰ (Por mil);
- Taxa de reinternações hospitalares durante Atenção Domiciliar;
- Taxa de reinternações hospitalares eletivas durante Atenção Domiciliar;
- Taxa de reinternações hospitalares urgentes durante Atenção Domiciliar.





