

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciano Tonetto dos Santos

**Desenvolvimento de materiais para a sistematização, avaliação e
monitoramento do processo de atenção domiciliar
na Atenção Primária à Saúde**

Pelotas, 2022

Luciano Tonetto dos Santos

Desenvolvimento de materiais para a sistematização, avaliação e monitoramento do processo de atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientador: Denise Silva da Silveira

Linha de pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica.

Pelotas, 2022

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237d Santos, Luciano Tonetto dos

Desenvolvimento de materiais para a sistematização, avaliação e monitoramento do processo de atenção domiciliar na atenção primária à saúde / Luciano Tonetto dos Santos ; Anaclaudia Gastal Fassa, orientadora ; Denise Silva da Silveira, coorientadora. — Pelotas, 2022.

107 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2022.

1. Saúde da família. 2. Assistência domiciliar. 3. Indicadores básicos de saúde. 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Estratégia saúde da família. I. Fassa, Anaclaudia Gastal, orient. II. Silveira, Denise Silva da, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

Luciano Tonetto dos Santos

Desenvolvimento de materiais para a sistematização, avaliação e monitoramento do processo de atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Pelotas (UFPel), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 01 de junho de 2022

Banca examinadora

Pós-Doutora Anaclaudia Gastal Fassa
Departamento de Medicina Social - UFPel

Doutora Elaine Tomasi
Departamento de Medicina Social - UFPel

Doutora Suele Manjourany da Silva Duro
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPel

Suplente: Doutora Mirelle de Oliveira Saes
Faculdade de Medicina - FURG

Pelotas, 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

- aos meus pais, pelo apoio e incentivo constante à educação e ao aprimoramento profissional;
- à orientadora Anaclaudia Gastal Fassa, pela paciência, disponibilidade e pelas orientações sempre relevantes para este trabalho;
- à co-orientadora Denise Silva da Silveira, fundamental na etapa de qualificação, com sua ampla experiência em docência e na atuação em atenção primária à saúde;
- aos profissionais de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de São Borja e aos usuários acompanhados em Atenção Domiciliar que participaram deste estudo;
- a todos os profissionais do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas que contribuem com o Mestrado Profissional em Saúde da Família, em registro, a admiração e o respeito pelo exercício da docência comprometida com a população brasileira usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESUMO

Introdução e objetivo: O aumento da demanda em Atenção Domiciliar (AD) que acompanha o envelhecimento populacional e a multimorbidade associada requerem a ampliação da oferta e melhoria da qualidade da atenção. A grande maioria das pessoas acompanhadas em AD na Atenção Primária à Saúde (APS) estão na Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1), destinada aos usuários que estejam estáveis. Apesar da importância da AD na APS, estudos nacionais apontam que existem fragilidades em termos de estrutura e de processos a serem enfrentados. O presente estudo visou desenvolver instrumentos para a sistematização, avaliação e monitoramento dos processos, ou seja, das atividades e procedimentos dos profissionais de saúde na AD realizada na APS.

Metodologia: A revisão de literatura, destacando-se o manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde”, do Ministério da Saúde, será utilizada para a construção dos instrumentos que visam a adequação da AD aos princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade; e aos atributos essenciais e derivados da APS, segundo os pressupostos de Bárbara Starfield. Assim, serão elaborados: uma planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA); uma ficha espelho para acompanhamento individual; e uma planilha automatizada para monitoramento e avaliação populacional. Os materiais serão avaliados por médicos e enfermeiros de quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Borja, Rio Grande do Sul, de setembro de 2021 a março de 2022.

Resultados: Neste estudo, foram definidos 36 indicadores para avaliação do processo de AD na APS, que embasaram a elaboração dos instrumentos propostos. Os profissionais de saúde que avaliaram o conteúdo e verificaram a aplicabilidade dos instrumentos, consideraram que a grande maioria dos indicadores de processo tinha alta relevância, avaliava adequadamente o atingimento do objetivo e era útil para subsidiar intervenções. A ficha espelho e a planilha automatizada foram consideradas úteis e importantes, mas os avaliadores consideraram que fragilidades da estrutura e do processo de trabalho comprometem a incorporação dos materiais à rotina do serviço, além de dificultar a obtenção de alguns indicadores. Eles identificaram falta de tempo para o preenchimento de instrumentos que muitas vezes exigem a duplicação de registros realizados rotineiramente na Unidade Básica de Saúde (UBS), e a existência de lacunas na educação permanente para a

AD e para a atenção à saúde da pessoa idosa. Com base na análise realizada pelos profissionais de saúde os instrumentos foram aprimorados.

Conclusão: A ficha espelho e a planilha automatizada proporcionam a autoavaliação do processo de trabalho pelos profissionais de saúde, instrumentalizando as equipes para o acompanhamento clínico individual, além do monitoramento e da avaliação populacional da AD realizada na APS. Assim, essas ferramentas possibilitam a identificação das fragilidades e subsidiam a definição das ações a serem desenvolvidas para qualificar a AD na APS.

Palavras-chave: assistência domiciliar; serviços de assistência domiciliar; indicadores básicos de saúde; avaliação de serviços de saúde; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Introduction and objective: The increase in demand for Home Care (HC) that accompanies population aging and the associated multimorbidity require an expansion of the offer and improvement of the quality of care. The vast majority of people monitored in HC in Primary Health Care (PHC) are in Home Care Modality 1 (HC1), intended for users who are stable. Despite the importance of HC in PHC, national studies indicate that there are weaknesses in terms of structure and processes to be faced. The present study aimed to develop instruments for the systematization, evaluation and monitoring of processes, that is, the activities and procedures of health professionals in the HC carried out in the PHC.

Methodology: The literature review, highlighting the manual "Home Care in Primary Health Care", from the Ministry of Health, will be used for the construction of instruments aimed at adapting HC to the principles of SUS: Universality, Equity and Comprehensiveness; and the essential and derived attributes of PHC, according to Bárbara Starfield's assumptions. Thus, the following will be prepared: a spreadsheet of Objectives, Goals, Indicators and Actions (OGIA); a form for individual follow-up; and an automated spreadsheet for population monitoring and assessment. The materials will be evaluated by doctors and nurses from four Family Health Strategy (FHS) teams in São Borja, Rio Grande do Sul, from September 2021 to March 2022.

Results: In this study, 36 indicators were defined for the evaluation of the HC process in PHC, which supported the elaboration of the proposed instruments. Health professionals who evaluated the content and verified the applicability of the instruments considered that the vast majority of process indicators had high relevance, adequately evaluated the achievement of the objective and was useful to support interventions. The form and the automated spreadsheet were considered useful and important, but the evaluators considered that weaknesses in the structure and work process compromise the incorporation of materials into the routine of the service, in addition to making it difficult to obtain some indicators. They identified a lack of time to fill in instruments that often require the duplication of records performed routinely at the Basic Health Unit (BHU), and the existence of gaps in continuing education for HC and health care for the elderly. Based on the analysis performed by health professionals, the instruments were improved.

Conclusion: The form and the automated worksheet provide the self-assessment of

the work process by health professionals, equipping teams for individual clinical follow-up, in addition to monitoring and population assessment of HC performed in PHC. Thus, these tools make it possible to identify weaknesses and support the definition of actions to be developed to qualify HC in PHC.

Key-words: home nursing; home care services; health status indicators; health services research; health family strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar modalidade 3
APS	Atenção Primária à Saúde
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
DM	Diabetes mellitus
DT	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS	Prontuário Eletrônico do SUS
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Sistematização das fragilidades na estrutura e processo da AD na APS e barreiras relativas às características dos domicílios e famílias.....	21
Quadro 2.	Exemplo de planilha de objetivos, metas, indicadores e ações.....	31
Quadro 3.	Cronograma do projeto de pesquisa.....	34
Quadro 4.	Descrição de orçamento do projeto de pesquisa.....	35
Quadro 5.	Indicadores de Processo para a AD realizada na APS.....	39
Quadro 6.	Indicadores de processo de AD na APS agrupados conforme nível de consenso após avaliação pelos profissionais de saúde.....	47
Quadro 7.	Porcentagem de indicadores para cada objetivo classificada nos grupos de 1 a 4.....	50
Quadro 8	Tempo médio, mínimo e máximo para aplicação da ficha espelho por equipe de saúde.....	59

SUMÁRIO

1. PROJETO	15
1.1 INTRODUÇÃO	15
1.2 REVISÃO DE LITERATURA	16
1.2.1 Modalidades de Atenção Domiciliar e integração da Atenção Primária à Saúde com os Serviços de Atenção Domiciliar	16
1.2.2 Perfil epidemiológico, demandas e ofertas em Atenção Domiciliar	17
1.2.3 Fragilidades da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde brasileira	19
1.2.3.1 Fragilidades da Atenção Domiciliar na Estrutura.....	19
1.2.3.2 Fragilidades da Atenção Domiciliar no Processo	20
1.2.3.3 Barreiras para Atenção Domiciliar relativas às Características dos Domicílios e das Famílias	21
1.2 JUSTIFICATIVA	23
1.3 MARCO TEÓRICO.....	24
1.3.1 Avaliação da qualidade do processo de atenção à saúde por meio de indicadores	24
1.3.2 Programa de Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde	25
1.3.3 Categorias que subsidiam a elaboração de instrumentos para monitoramento clínico e populacional do programa de AD na APS	26
1.3.3.1 Cobertura	27
1.3.3.2 Registro	27
1.3.3.3 Qualidade da Atenção.....	28
1.3.3.4 Avaliação de Risco.....	29
1.3.3.5 Promoção à Saúde.....	29
1.4 OBJETIVOS	29
1.4.1 Objetivo geral	29
1.4.2 Objetivos específicos	29
1.5 METODOLOGIA.....	29
1.5.1 Tipo de estudo	29
1.5.2 Contexto do estudo	30
1.5.3 Definição de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações para a Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde	30
1.5.4 Elaboração de ficha espelho	32

1.5.5	Elaboração de planilha automatizada para monitoramento e avaliação da AD na APS	32
1.5.6	Avaliação dos instrumentos	33
1.5.6.1	Avaliação da planilha OMIA	33
1.5.6.2	Avaliação da ficha espelho	34
1.5.6.3	Verificação da aplicabilidade da ficha espelho e da planilha automatizada para monitoramento e avaliação da Atenção Domiciliar na APS	34
1.5.7	Aspectos éticos	34
1.6	CRONOGRAMA	34
1.7	DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	35
1.8	ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO	35
2	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PROJETO	36
3	ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS	39
3.1	PLANILHA DE OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES (OMIA)	39
3.1.1	Processos que devem ser realizados pelo menos uma vez para o usuário em AD na APS	42
3.1.2	Processos que devem ser realizados pelo menos anualmente para o usuário em AD na APS	43
3.1.3	Processos que devem ser realizados em todas as consultas realizadas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem do usuário em AD na APS	45
3.1.4	Processos que devem ser realizados mensalmente para o usuário em AD na APS	46
3.2	AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DA PLANILHA OMIA	46
3.2.1	Indicadores dos Grupos 1 e 2	50
3.2.2	Indicadores dos Grupos 3 e 4	51
3.3	ELABORAÇÃO DA FICHA ESPELHO	57
3.4	AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DE APLICABILIDADE DA FICHA ESPELHO	58
3.5	ELABORAÇÃO DA PLANILHA AUTOMATIZADA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS	64
3.6	VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA PLANILHA AUTOMATIZADA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS	65
4	CONCLUSÃO	66

REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A – METAS E INDICADORES DE PROCESSO DA ATENÇÃO DOMICILIAR REALIZADA NA APS.....	72
APÊNDICE B – PLANILHA OMIA PARA A AD NA APS.....	84
APÊNDICE C – FICHA ESPELHO PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS	85
APÊNDICE D – PLANILHA AUTOMATIZADA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA AD NA APS	89
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FICHA ESPELHO PARA A AD NA APS.....	90
APÊNDICE F – TABELA COM AS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PLANILHA OMIA PARA A AD NA APS	91
ANEXO A – Material auxiliar para o preenchimento da ficha espelho da Atenção Domiciliar na APS (ítems de 1 a 9).....	95

1. PROJETO

1.1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) no Brasil é caracterizada por ser um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestados em domicílio, que buscam aliar motivações racionais e humanizadoras ao cuidado. A AD está integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e contribui para a integralidade do cuidado (REHEM et al, 2005; BRASIL, 2020a).

O atendimento no domicílio objetiva compreender a rotina familiar, as crenças e formas de organização da família perante o adoecimento, as dificuldades no autocuidado e na adesão a tratamentos. Além disso, no domicílio, é necessário realizar a avaliação de riscos. Assim, a AD pode promover: o respeito aos direitos dos usuários nessa modalidade de atenção; a preservação das relações familiares e seus valores socioculturais; a melhoria da relação da equipe de saúde com usuários e cuidadores; o aumento da sobrevida, com maior qualidade; e a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares. É importante ressaltar que ao proporcionar mais acesso aos serviços de saúde, para a população que frequentemente apresenta maior vulnerabilidade, a AD fortalece o princípio da equidade (FLORIANI et al, 2004; REHEM et al, 2005; WACHS et al, 2016; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017).

A AD, na Atenção Primária à Saúde (APS), deve contemplar os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; e estar em consonância com seus atributos essenciais – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e derivados, orientação familiar e comunitária, além da competência cultural (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017; BRASIL, 2020a). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para a expansão e consolidação da APS, uma vez que conta com equipes multiprofissionais para acompanhamento das famílias, destacando-se os agentes comunitários de saúde (ACS), que trabalham com foco na população adscrita ao seu território (SAVASSI, 2016; BRASIL, 2017).

No entanto, para a disponibilização de uma AD resolutiva e de qualidade é necessária a implantação de um Programa de AD com objetivos claros e definidos, que vão nortear indicadores, metas e ações das equipes da APS, possibilitando a avaliação e o monitoramento do processo de cuidado do usuário. Além disso,

é imprescindível a adoção de protocolos, com definição das atribuições dos profissionais, promovendo a interprofissionalidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2020a).

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

A questão norteadora da revisão de literatura foi: “quais as características da atenção domiciliar realizada na APS brasileira?” Para compor esta revisão de literatura foi realizada uma pesquisa sistemática no LILACS, utilizando os descritores de assunto: “assistência domiciliar” *OR* “serviços de assistência domiciliar” *AND NOT* “serviços de assistência domiciliar oferecida pelo hospital”. Nessa busca, realizada em outubro de 2020, foram selecionados 611 artigos, teses ou manuais. Dessa totalidade, foram selecionados 10 artigos para leitura integral, sendo excluídos os artigos que abordavam serviços de internação domiciliar ou Serviços de Atenção Domiciliar (SADs); temas relacionados a patologias clínicas muito específicas da AD, como tratamento de úlceras de decúbito; ou com seleção de usuários muito específicos, por exemplo, pneumopatas em AD, dentre outros. Além disso, foram buscados manuais e portarias do Ministério da Saúde. As referências bibliográficas desses materiais foram revisadas. Ao final, foram incluídos 12 artigos que avaliaram a qualidade da AD realizada na APS e um sobre o perfil da população idosa em AD.

1.2.1 Modalidades de Atenção Domiciliar e integração da Atenção Primária à Saúde com os Serviços de Atenção Domiciliar

Em 2011, a Portaria nº 2.527 organizou a AD em três modalidades, AD1, AD2 e AD3 e estabeleceu as normas para o cadastro dos SADs e o programa “Melhor em Casa”. Ao SAD compete a responsabilidade pelo gerenciamento e organização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2011a). O SAD é complementar aos cuidados realizados na APS e aos serviços de urgência, sendo considerado substitutivo ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2016a).

As modalidades de AD, conforme a Portaria nº 825, de 2016 são:

1. AD1: destinada aos usuários que precisam de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, requerendo que o usuário esteja estável e que os cuidadores prestem cuidados satisfatórios;

2. AD2: com finalidade de abreviar ou evitar hospitalização, destinada aos usuários que apresentem:

- Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, para controle da dor ou do sofrimento do usuário;
- Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016a).

3. AD3: destinada aos usuários com qualquer uma das situações descritas na modalidade AD2 quando necessitarem de cuidado multiprofissional mais frequente, por períodos mais longos, que requeiram uso de equipamento (s) ou necessidade de procedimento (s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea) (BRASIL, 2016a).

A maioria das pessoas em AD no Sistema Único de Saúde está na modalidade AD1 e, portanto, devem ser acompanhadas prioritariamente na APS (SAVASSI, 2016; BRASIL, 2020a). O atendimento aos usuários nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016a), mas a APS deve elaborar projeto terapêutico compartilhado. Não existindo SAD no município, as equipes de APS devem elaborar o projeto terapêutico, acionando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou equipes especializadas, quando necessário. Nesse caso, deve ser verificada a capacidade da atenção primária à saúde de cuidar dos usuários em AD2 e AD3 e, caso não seja possível, a equipe poderá considerar a internação hospitalar (BRASIL, 2012). Após a normatização dos SAD, houve grande aumento no número de equipes desses serviços no Brasil (SILVA, et al 2017).

1.2.2 Perfil epidemiológico, demandas e ofertas em Atenção Domiciliar

O envelhecimento populacional tem implicado no aumento da ocorrência das doenças crônicas e degenerativas, o que demanda da APS uma ampliação dos cuidados domiciliares. No Brasil, um estudo abrangendo 6.624 idosos que residiam

na zona urbana de 100 municípios, em 23 estados brasileiros, entre 2008 e 2009, verificou que 12% desses idosos estavam em AD (WACHS et al, 2016). Esse tipo de atenção foi mais frequente entre pessoas com mais de 75 anos, do gênero feminino, com menor escolaridade e nível econômico, indicando o potencial da AD na promoção da equidade. Dentre as características que aumentaram a probabilidade de AD entre esses idosos destaca-se: histórico de quedas, hospitalização no último ano, realização de consulta médica nos últimos três meses e ser portador de hipertensão e diabetes mellitus, (WACHS et al, 2016).

Embora a maior parte dos usuários seja composta por idosos, outras faixas etárias também são atendidas em domicílio (LOPES et al, 2017). Segundo os resultados de uma revisão integrativa, examinando condições geradoras de demandas para a AD, em todos os grupos etários, estão as doenças crônicas (insuficiência cardíaca, insuficiência renal, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica); as sequelas de acidente vascular cerebral; a reabilitação cardiovascular; o monitoramento de tratamento de usuários com tuberculose, HIV e AIDS; os idosos deprimidos; os portadores de lesões de pele; as pessoas em cuidados paliativos; os acamados crônicos; os jovens e crianças com deficiência múltipla, crianças prematuras ou com baixo peso; as infecções agudas – para terapia endovenosa; as gestantes e puérperas; e os agravos de natureza psicossocial (BRAGA et al, 2016).

A análise da oferta no país revela um déficit nos serviços de AD, especialmente em cuidados paliativos, e o escopo é usualmente restrito ao cuidado à saúde e de forma presencial. A AD também é realizada à distância com o uso de telemonitoramento e videoconferência pela internet, com foco em ações de educação em saúde e prevenção. Outra forma de AD está relacionada à assistência de demandas de cunho social (BRAGA et al, 2016).

A AD, no período de pandemia por Covid-19, apresenta-se como importante estratégia de assistência a usuários com doenças crônicas, tanto para os que já estavam em AD quanto para os que não eram acompanhados no domicílio. Nesse contexto, a AD presencial ou virtual, pelas equipes da APS pode reduzir o risco de contágio pelo Covid-19 e melhorar o controle das patologias de base, evitando descompensações clínicas e reduzindo o risco de internações. Além disso, a AD é importante para a: vigilância de casos e contatos da doença, sendo eficaz para interromper a transmissão, ao manter as pessoas em casa; identificação, isolamento

e cuidado precoce dos usuários infectados; e aumento da disponibilidade de leitos hospitalares pela desospitalização ágil dos pacientes estáveis, garantindo a continuidade da atenção no domicílio. (SAVASSI et al, 2020; BRASIL, 2020b).

1.2.3 Fragilidades da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde brasileira

Diversos estudos brasileiros apontam as fragilidades da AD realizada na APS. Alguns, anteriores à normatização dos SADs, avaliaram, de forma qualitativa, a percepção dos profissionais de saúde sobre a AD na APS (KLOCK et al, 2005; SAKATA et al, 2007; DRULLA et al, 2009, LACERDA et al, 2010). Outros dois estudos enfocaram especificamente a percepção da AD para a população idosa, um sob a ótica dos profissionais da equipe de saúde da família (BORGES et al, 2010), e outro, mais recente, incluiu a percepção de usuários e cuidadores (MUNIZ et al, 2018). A implementação da AD1 foi avaliada, comparando-se a adequação dos documentos normativos da PNAD à prática assistencial nas equipes de ESF (LOPES et al, 2017). As fragilidades da AD foram apontadas também por estudos de revisão da literatura (SOSSAI et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI, 2016; BRAGA et al, 2016).

As fragilidades descritas nos estudos são relacionadas à estrutura, que inclui recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional, ou ao processo, que denota o que é feito na atenção ao usuário (DONBEDIAN, 1988). Além disso, características familiares e do domicílio também podem impor barreiras para a realização da AD.

1.2.3.1 Fragilidades da Atenção Domiciliar na Estrutura

Estudos apontam que equipes subdimensionadas para as áreas adstritas, muitas vezes com microáreas sem cobertura de ACS, resultam em excesso de demanda e limitação de tempo para que os profissionais possam realizar atividades fora do serviço (SAKATA et al, 2007; DRULLA et al, 2009; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI, 2016; MUNIZ et al, 2018).

Além disso, não há infraestrutura adequada para apoio ao deslocamento dos profissionais e do próprio usuário. O deslocamento dos profissionais até o domicílio depende da disponibilidade de veículo próprio. Frequentemente, não há

possibilidade de coleta de exames em domicílio ou de veículo para encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção quando necessário. Além disso, a falta de medicamentos ou equipamentos e insumos para a AD, e em especial para os cuidados paliativos, também são barreiras para a assistência (KLOCK et al, 2005; DRULLA et al, 2009; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

1.2.3.2 Fragilidades da Atenção Domiciliar no Processo

A revisão de literatura evidenciou muitas fragilidades no processo da Atenção Domiciliar no Processo, as quais são de ordem diversa, conforme dispõe-se na sequência. Na atenção ao usuário, foi encontrada lacuna na promoção à saúde e no reconhecimento de vulnerabilidades, determinantes sociais e fatores de proteção, além da baixa adoção de cogestão do plano de cuidados. Na atenção à família e aos cuidadores, houve baixa utilização de instrumentos para abordagem familiar e ausência de implementação de ações para sobrecarga do cuidador e para outros membros da família (LOPES et al, 2017, MUNIZ et al, 2018).

Na gestão da AD, diversos estudos apontam falhas na formação e na educação permanente para a AD e para a atenção ao idoso (SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; LACERDA et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI, 2016; MUNIZ et al, 2018). Nesse contexto, foi identificada a necessidade de liderança para coordenação da AD e o maior conhecimento das atribuições dentro da equipe para melhora na padronização e coordenação das ações. Ainda, foram observadas dificuldades na integração entre a equipe multiprofissional da APS na prática e na realização de reuniões de equipe – necessárias – para a organização da atenção domiciliar (LACERDA et al, 2010).

Houve baixa oferta de AD, especialmente em cuidados paliativos, no teleatendimento e na AD orientada às demandas de cunho social para famílias em situação de vulnerabilidade (BRAGA et al, 2016). A falta de tempo para realização de AD, além de estar relacionada à limitação de estrutura, também pode ser decorrente de carências na organização do processo de trabalho (CARVALHAIS E SOUZA, 2010, apud MUNIZ et al, 2018). Destaca-se que foram identificadas falta de registro das ações desenvolvidas nos domicílios, falta de prontuário familiar, e lacunas na sistematização das informações. Muitos serviços não definiam indicadores e não realizavam avaliação e monitoramento das ações

de AD ou de satisfação do usuário (LOPES et al, 2017).

Alguns estudos observaram a necessidade de implementação de protocolos de assistência, com critérios de inclusão, alta e desligamento, além da priorização de casos para a AD, evitando visitas domiciliares desnecessárias, buscando equidade e otimização de recursos. Uma ação pontual sobre as demandas em AD também foi descrita, em contraposição a um plano mais organizado (KLOCK et al, 2005; BORGES et al, 2010; LACERDA et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

Foram descritas dificuldades na integração com outros pontos da RAS, especialmente com os SADs, com limitações na referência e contrarreferência dos usuários (BORGES et al, 2010; SAVASSI, 2016). Um dos estudos sugere, para a melhora da qualidade da AD, a reorganização de aspectos do processo de trabalho das equipes e da gestão municipal da APS, mediante investimento no apoio institucional e em ações de avaliação e monitoramento das equipes. Assim, o gestor apoiador institucional pode favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes, diagnosticando entraves e construindo estratégias conjuntas para o registro de informações, aplicação de protocolos e monitoramento da AD1 (LOPES et al, 2017).

1.2.3.3 Barreiras para Atenção Domiciliar relativas às Características dos Domicílios e das Famílias

Em alguns domicílios foram verificadas barreiras físicas e ausência de adaptações para permitir maior autonomia aos idosos. A ausência de uma pessoa no domicílio que tenha capacidade de realizar o papel de cuidador, o despreparo do cuidador, as interações familiares negativas – algumas com a ocorrência de violência, negligência ou maus-tratos – muitas vezes, dificultam ou inviabilizam a atenção domiciliar. Entretanto, a sobrecarga do cuidador é um problema frequente, que necessita do apoio e do cuidado do serviço (FLORIANI et al, 2004; KLOCK et al, 2005; BORGES et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

QUADRO 1 – SISTEMATIZAÇÃO DAS FRAGILIDADES NA ESTRUTURA E NO PROCESSO DA AD NA APS E BARREIRAS RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E FAMÍLIAS

Fragilidades na estrutura	
<ul style="list-style-type: none"> - Pouca disponibilidade de tempo das equipes para a AD devido ao excesso de demanda nas unidades de saúde e subdimensionamento das equipes para as populações adscritas; - Dificuldades no transporte de profissionais e de usuários; - Dificuldades na coleta de exames no domicílio; - Baixa disponibilidade de medicamentos e insumos para a AD. 	
Fragilidades no processo	
Atenção ao Usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Ações limitadas de promoção à saúde, reconhecimento de vulnerabilidades, determinantes sociais e fatores de proteção; - Baixa adoção de cogestão do plano de cuidados com o usuário;
Atenção à família e cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de pactos sobre o plano de cuidados com a família e a ausência do termo de consentimento para a AD; - Baixa utilização de instrumentos para abordagem familiar; - Ausência de implementação de ações para a sobrecarga do cuidador; - Ausência de atenção a outros membros da família, além do cuidador;
Gestão da AD	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca disponibilidade de tempo das equipes para a AD devido a problemas na organização do processo de trabalho; - Limitação na formação e na educação permanente dos profissionais para atuar na AD; - Indefinição em relação às atribuições dos profissionais para a realização de AD; - Falta de padronização e coordenação das ações na AD; - Limitação na atuação interprofissional; - Baixa cobertura de AD, especialmente em locais que não têm ACS; - Baixa oferta de AD, especialmente em cuidados paliativos; - Baixa oferta de AD orientada às demandas de cunho social; - Baixa oferta de teleatendimento; - Limitação na qualidade do registro da AD na APS; - Falta de monitoramento e avaliação da AD na APS; - Realização de AD desnecessária, considerando as prioridades da atenção na APS; - Implementação limitada de protocolos de assistência na AD1; - Falta de definição em relação aos critérios de inclusão, alta e desligamento da AD1; - Dificuldades na referência e contrarreferência, e na integração com outros pontos da RAS, especialmente com o SAD.
Barreiras para a Atenção Domiciliar relativas às Características dos Domicílios e Famílias	
<ul style="list-style-type: none"> - Idosos vivendo sozinhos; - Domicílios com barreiras físicas ou com ausência de adaptações para permitir maior autonomia aos idosos; - Despreparo, inadequação e/ou sobrecarga do cuidador; - Interações familiares negativas, com a ocorrência de casos de violência, negligência ou maus-tratos. 	

Fonte: FLORIANI et al, 2004; KLOCK et al, 2005; SAKATA et al, 2007; DRULLA et al, 2009; LACERDA et al, 2010; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI, 2016; BRAGA et al, 2016; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018.

1.2 JUSTIFICATIVA

A AD possibilita a humanização do cuidado em saúde, a redução de internações hospitalares ou do período de permanência dos usuários internados, o aumento do acesso aos serviços de saúde e a atuação sobre grupos vulneráveis. O atendimento domiciliar oportuniza uma melhor compreensão do usuário e de sua família, potencializando a adesão aos tratamentos, a vigilância à saúde e a avaliação dos riscos aos quais estão sujeitos. No período de pandemia por Covid-19, a AD é uma ferramenta importante para a atenção aos usuários com doenças crônicas e para a vigilância de casos sintomáticos respiratórios e contatos (REHEM et al, 2005; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016a; WACHS et al, 2017; SAVASSI et al, 2012; SAVASSI et al, 2020).

A AD realizada na APS tem seu trabalho potencializado pela atuação dos ACSs e pelo conhecimento sobre o território. A APS é a principal provedora da AD1, destinada a usuários clinicamente estáveis, que precisam de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. Para os usuários em AD2 e AD3, a equipe de APS coordena o cuidado, em conjunto com o NASF e o SAD, quando esses fazem parte da RAS local (SAVASSI, 2016; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2020a). O SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na APS e nos serviços de urgência. Apesar da importância e potencialidade da AD na APS, estudos brasileiros têm identificado fragilidades na estrutura e no processo da AD, além de barreiras relacionadas às características de alguns domicílios e famílias para a realização da AD (Quadro 1).

Recentemente, o Ministério da Saúde elaborou um material que aborda questões relacionadas à AD e disponibiliza instrumentos para o trabalho das equipes da APS (BRASIL, 2020a). Entretanto, nesse material não consta uma planilha sistematizada para avaliação e monitoramento da AD e nem uma ficha espelho padronizada para registro das informações. A implantação de um Programa de AD nas unidades básicas de saúde (UBS) requer a organização do processo de trabalho com uma abordagem individual, focada na melhoria da atenção integral e de qualidade, além de uma abordagem coletiva com ênfase na promoção da universalidade e da equidade.

Nesse sentido, considerando as fragilidades relativas ao processo de trabalho e a revisão de literatura sobre o processo de trabalho em AD, com ênfase

no material do MS, Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020a), este estudo visa desenvolver materiais instrumentais para auxiliar na implantação de um Programa de AD na APS. Serão definidos objetivos, metas, indicadores e ações importantes, uma ficha espelho para acompanhamento individual dos usuários em AD e uma planilha automatizada para o acompanhamento populacional da implantação deste programa.

Esses materiais instrumentais são importantes para sistematizar a AD na APS. Pontua-se que a ficha espelho direciona o profissional de saúde para as atividades prioritárias, funcionando também como material de apoio à memória durante a atenção domiciliar, favorecendo o registro das ações. A definição dos objetivos, metas, indicadores e ações, articulada com a planilha automatizada, possibilita que a equipe de saúde avalie os indicadores propostos, observando a evolução da AD ao longo do tempo e o atingimento das metas.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Avaliação da qualidade do processo de atenção à saúde por meio de indicadores

Avaliar é estabelecer juízo, atribuir valor a alguma coisa. Quando o valor é positivo, significa ter qualidade. Na avaliação de um programa, o estabelecimento de mérito, por referência a parâmetros determinados, remete à qualidade. A avaliação de programas em saúde deve iniciar com uma clara explicitação das propostas, ações, atividades gerenciais, serviços, procedimentos e profissionais, dentre outros aspectos (NOVAES, 2000).

A qualidade da atenção à saúde pode ser avaliada pelas categorias estrutura, processo e resultado, propostas por Donabedian (1988). A avaliação do processo enfoca a análise das atividades e procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde e permite detectar e intervir precocemente nos problemas. A qualidade tem um componente técnico – relacionado à habilidade de alcançar a melhora do estado de saúde que a ciência e as tecnologias do cuidado em saúde atuais possibilitam – e outro interpessoal – relacionado à comunicação entre o usuário e o profissional, que deve facilitar o diagnóstico e o conhecimento das preferências necessárias para seleção dos métodos apropriados de atenção à saúde. Dessa forma, a implementação e o sucesso do cuidado técnico dependem do processo interpessoal (DONABEDIAN, 1988).

Nesse direcionamento, Donabedian (1990) descreveu os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses critérios dimensionam a capacidade de realizar o melhor cuidado em saúde, com os melhores resultados em contexto real, menor custo e melhor relação custo-benefício, em conformidade com as preferências do usuário. Ademais, tais critérios avaliam a acessibilidade, a boa relação do usuário com o profissional de saúde, os efeitos do cuidado e os custos aceitáveis, bem como a legitimidade social e a justiça na distribuição do cuidado (DONABEDIAN, 1990).

Desse modo, para realizar a avaliação da qualidade da atenção à saúde é preciso estabelecer indicadores, os quais, segundo a OMS, devem ser válidos, ou seja, medir o que foi proposto, e confiáveis, de forma que os resultados obtidos sejam os mesmos medidos por diferentes pessoas, em diferentes tempos e circunstâncias. Ainda, devem ser sensíveis às mudanças na situação ou fenômeno estudado, e específicos, somente para a situação ou fenômeno de interesse (WHO, 1981). Os indicadores devem ser mensuráveis (utilizar dados disponíveis ou de fácil obtenção), relevantes (responder às prioridades em saúde), custo-efetivos (prover resultados que compensam o investimento) e capazes de contemplar os objetivos da avaliação. Os indicadores precisam: ter poder de síntese, respondendo a cada questão avaliativa com um número limitado de 3 a 5 indicadores; ser legitimados por gestores e técnicos; ter parâmetros para comparação; e ser obtidos em tempo oportuno e possibilitar a mobilização de recursos para a realização de intervenções (RIPSA, 2002; TANAKA, 2012).

1.3.2 Programa de Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde

O Programa de AD na APS deve ter seus objetivos alinhados com os princípios do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 1988), com os atributos essenciais da APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Considerando as prioridades no Programa de AD, destaca-se que a atenção em tempo oportuno é muito importante, mas o planejamento e a organização do acompanhamento não podem ser deixados em segundo plano. É necessário incluir os diversos membros da equipe de saúde e a RAS, tornando o cuidado interdisciplinar e resolutivo (BRASIL, 2003; BRASIL, 2020a).

Conforme o “Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), para o desenvolvimento de um Programa de AD é importante que se estabeleça clareza dos objetivos que motivaram a implantação e que nortearão as ações. Ressalta-se, ainda, a necessidade do estabelecimento de critérios de inclusão e alta, definição de fluxo assistencial, discussão dos casos e elaboração do plano de cuidado em equipe, bem como a apropriação, pelos profissionais, dos conceitos e princípios que caracterizam a AD (BRASIL, 2003).

O manual do MS “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” apresenta e discute questões relacionadas à AD, além de disponibilizar instrumentos para auxiliar na avaliação dos usuários e cuidadores, na estratificação de vulnerabilidade e na priorização de visitas domiciliares, dentre outras questões. Além disso, tal material sugere a realização de uma avaliação abrangente, simples e ágil da condição clínica dos usuários em AD, e a elaboração de um plano de acompanhamento.

Para iniciar as ações, tal manual reforça a importância da definição de protocolos (BRASIL, 2020a), os quais devem especificar o que será realizado, por quem e de que forma, possibilitando uma maior padronização das ações de atenção à saúde. O seu uso pode melhorar a qualificação profissional, possibilitando o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, facilitando a incorporação de novas tecnologias e o uso mais racional de recursos. Convém destacar que os protocolos favorecem a comunicação profissional e a coordenação do cuidado, proporcionando maior segurança tanto para os profissionais quanto para os usuários (PIMENTA et al, 2015).

Para avaliar e melhorar a AD, é necessário especificar objetivos, metas, indicadores e ações prioritárias do processo de atenção que vão ser posteriormente adaptados para cada realidade de serviço de APS por meio de protocolos (BRASIL, 2020a). A sistematização do processo da AD e a disponibilização de materiais instrumentais, como planilha de monitoramento populacional e ficha espelho, para registro e monitoramento, podem fortalecer a organização do Programa de AD.

1.3.3 Categorias que subsidiam a elaboração de instrumentos para monitoramento clínico e populacional do programa de AD na APS

Os instrumentos para monitoramento clínico e populacional de um Programa

de AD na APS desenvolvidos, neste estudo, consideram os princípios do SUS e os atributos da APS, os quais possibilitam a análise do processo de trabalho. Os instrumentos são baseados em materiais disponíveis na Plataforma Kurt Kloetzel da UFPEI (P2K), bem como os materiais sobre a atenção à saúde do idoso (Materiais de Saúde Coletiva – DMS UFPEL, 2021), os Módulos Abordagem Domiciliar de Situações Clínicas Comuns em Idosos e Abordagem Domiciliar em Cuidados Paliativos e Óbitos no Domicílio. Além desses, utiliza-se o manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a) e os artigos da revisão bibliográfica. Os instrumentos enfocam 5 objetivos, discutidos abaixo, que são monitorados pelos indicadores de processo.

1.3.3.1 Cobertura

A ampliação da cobertura contribui para a universalidade e a equidade da atenção à saúde. A universalidade refere-se ao direito dos brasileiros de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1988). A equidade pressupõe tratamento desigual, porém justo, aos desiguais, ou seja, considerando as necessidades em saúde de cada um (MOONEY, 1996; MOONEY et al, 1997). Dentre os atributos da APS, a cobertura está relacionada com a atenção ao primeiro contato, que significa ser a porta de entrada, de fácil acesso, cada vez que o usuário necessitar de um novo atendimento. A APS como porta de entrada do sistema de saúde leva a uma atenção mais adequada e a melhores resultados, além de reduzir mortalidade, morbidade e custos em saúde (STARFIELD, 2002, p. 208 e 241).

1.3.3.2 Registro

A melhoria do registro de informações viabiliza que outros profissionais dos serviços de saúde tenham acesso às informações relativas às consultas prévias, promovendo assim o atributo de longitudinalidade da APS. A longitudinalidade existe quando uma fonte de atenção regular é utilizada ao longo do tempo, não sendo restrita à presença de problemas específicos de saúde ou ao tipo de problema, possibilitando diagnósticos e tratamentos mais precisos e a redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (STARFIELD, 2002, p. 247; OLIVEIRA et al,

2013). Ela promove, também, a integralidade da atenção, na medida que facilita a identificação das ações de saúde que cada usuário necessita.

1.3.3.3 Qualidade da Atenção

A qualidade da atenção ao usuário está relacionada com a integralidade da assistência no SUS, em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos, em todos os níveis do sistema (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o atributo derivado “orientação comunitária” tem como ponto principal diminuir as iniquidades dentro das populações, utilizando a epidemiologia e a clínica para ajustar os programas às necessidades específicas de uma população definida (STARFIELD, 2002, p. 534 e 537). A centralidade na família proposta pela ESF possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para isso, os profissionais devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos diversificados e complexos (OLIVEIRA et al, 2013).

Dentro do objetivo de melhorar a qualidade da atenção domiciliar, estão incluídas ações de coordenação do cuidado interdisciplinar que favorecem a integralidade e o acesso aos serviços. A APS coordena o trabalho com os diferentes membros da equipe e com os outros níveis do sistema de saúde. A melhora da coordenação do cuidado está relacionada a o compartilhamento de informação e ao manejo do usuário (STARFIELD, 2002, p. 368-369).

Embora esteja bem estabelecida a importância da coordenação do cuidado para uma resposta integral às necessidades em saúde dos usuários, a sua operacionalização permanece incipiente (ALMEIDA et al, 2012). Um estudo analisou a coordenação da atenção pela APS em um município, avaliando equipe de saúde e gestores. Tal estudo destacou a ausência de protocolos clínicos para encaminhamento dos usuários e a ausência de tecnologias de telecomunicação para uso entre os profissionais da APS e os profissionais de outros níveis de atenção. Além disso, evidenciou desorganização e insuficiência na oferta de consultas na APS e na atenção secundária, acesso restrito a exames, ausência de acompanhamento dos profissionais da APS em outros pontos de atenção da RAS e desarticulação da RAS (ALELUIA et al, 2017).

1.3.3.4 Avaliação de Risco

A avaliação de risco das pessoas em AD permite identificar as pessoas com maior probabilidade de sofrerem intercorrências ou descompensações e aquelas com maiores necessidades em saúde, orientando o cuidado singular, promovendo a equidade e a integralidade.

1.3.3.5 Promoção à Saúde

A promoção da saúde das pessoas em AD não é direcionada para doenças, mas para aumentar o estado geral de saúde e bem-estar (LEVELL & CLARCK, 1976 apud CZERESNIA, 1999). Ela deve aderir aos atributos integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural, buscando o aumento da equidade e a co-responsabilização, conferindo, dessa maneira, uma abordagem holística com foco em determinantes sociais, envolvendo ações multi-estratégicas, intersetoriais e a participação social (WHO, 1998).

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Desenvolver instrumentos para a sistematização, avaliação e monitoramento do processo de AD na atenção primária à saúde, visando a melhora da qualidade.

1.4.2 Objetivos específicos

- Definir objetivos, metas, indicadores e ações para a melhoria e o monitoramento do Programa de AD na atenção primária à saúde;
- Elaborar instrumentos para a implementação do Programa de AD – ficha espelho e planilha automatizada para monitoramento e avaliação.

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Tipo de estudo

Este estudo consistirá na elaboração de materiais instrumentais para apoiar a implementação do Programa de AD na APS no município de São Borja. Para isso, será realizada inicialmente uma revisão de literatura para subsidiar a sistematização

dos objetivos, metas, indicadores e ações para o referido programa.

1.5.2 Contexto do estudo

Este estudo vai ser realizado em São Borja, município de porte médio do Rio Grande do Sul (RS), que faz fronteira com Santo Tomé, Argentina. A base econômica é predominantemente rural, com a presença da indústria de beneficiamento de arroz. A população é de aproximadamente 60.000 pessoas, observando-se a migração de grande parte dos adultos jovens, e economicamente ativos, para centros urbanos maiores. A porcentagem de idosos vem aumentando, em 2010 era 9,6% da população do município, maior do que a média do RS, de 7,4%. A esperança de vida ao nascer no município é de 76 anos. Essas características demográficas exigem maior investimento no planejamento e organização dos serviços de saúde para a atenção adequada de idosos, incluindo a AD prestada pela APS.

O município conta com 14 unidades de ESF, conferindo uma cobertura populacional de aproximadamente 86%. Todas as equipes de ESF realizam AD, entretanto, semelhante ao que foi apontado em alguns estudos brasileiros, esse acompanhamento geralmente é mais caracterizado pelo atendimento pontual de demandas do que por um plano organizado de acompanhamento dos usuários (KLOCK et al, 2005; BORGES et al, 2010; LACERDA, et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018). Ressalta-se que o município conta também com uma equipe de SAD.

1.5.3 Definição de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações para a Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde

Os materiais instrumentais serão sistematizados enfocando os seguintes objetivos: ampliar a cobertura; melhorar a qualidade da atenção; realizar avaliação de risco; melhorar o registro; e realizar atividades de promoção à saúde. Para o alcance desses objetivos, será definido um conjunto de metas. Cada meta contará com seu indicador específico e ações que podem ser adotadas para alcançar as metas propostas. O manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a) será o principal referencial para essa sistematização. O Quadro 2 exemplifica metas, indicadores e ações relativos aos objetivos propostos.

QUADRO 2: EXEMPLO DE PLANILHA DE OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES

Objetivos	Metas	Indicadores	Ações
Cobertura	Cadastrar e acompanhar 100% dos usuários elegíveis para a AD.	Porcentagem de usuários acompanhados em AD / total de usuários elegíveis para a AD.	Sensibilizar e treinar a equipe, especialmente os ACSs para a identificação de usuários elegíveis para a AD.
Registro	Preencher ficha espelho para 100% dos usuários em AD.	Porcentagem de usuários que têm ficha espelho preenchida / total de usuários em AD.	Sensibilizar e treinar a equipe para o preenchimento da ficha espelho para a AD; Disponibilizar a ficha espelho para preenchimento.
Qualidade da Atenção	Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas em AD.	Proporção de pessoas idosas em AD com Avaliação Multidimensional Rápida em dia / total de usuários idosos em AD.	Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas em AD. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas em AD (balança, antropômetro, Tabela de Snellen, etc). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
Avaliação de Risco	Rastrear 100% das pessoas em AD para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).	Proporção de pessoas em AD com avaliação de risco para morbimortalidade em dia / total de usuários em AD.	Priorizar o atendimento a pessoas de maior risco de morbimortalidade. Orientar as pessoas em AD sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade.

Promoção da Saúde	Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas em AD.	Proporção de pessoas em AD que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis / total de usuários em AD.	Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas em AD. Monitorar o número de pessoas em AD com obesidade / desnutrição.
-------------------	--	---	---

Fonte: Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, UFPel, 2021.

1.5.4 Elaboração de ficha espelho

Para registrar as informações clínicas rotineiras será elaborada uma ficha espelho dos usuários em AD. Além disso, a ficha servirá de base para coletar as informações necessárias para avaliar os indicadores estabelecidos para monitoramento populacional e apoiar a gestão do cuidado, oferecendo um roteiro para execução e registro da atenção à saúde em cada consulta. Portanto, a ficha espelho é um registro que complementa as informações da folha de rosto, disponibilizada no manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a). A folha de rosto sumariza os problemas apresentados pelo usuário, as medicações em uso, exames e outras informações que facilitam o acesso às informações importantes de interesse clínico. A ficha espelho enfoca aspectos mais pertinentes à AD incluindo vacinas, informações sobre os cuidadores e escalas úteis no acompanhamento desses usuários.

1.5.5 Elaboração de planilha automatizada para monitoramento e avaliação da AD na APS

A planilha eletrônica automatizada consistirá em uma aba para incluir os dados sobre a atenção aos usuários em AD, contendo a informação de um usuário em cada linha. A segunda aba da planilha conterá as fórmulas para a construção dos indicadores estabelecidos, gerando as tabelas e gráficos desses indicadores de forma automatizada, apresentando a situação de cada mês e a evolução temporal. Os dados que são inseridos na planilha eletrônica automatizada serão provenientes da ficha espelho.

1.5.6 Avaliação dos instrumentos

A avaliação dos instrumentos busca verificar a adequação e a aplicabilidade dos instrumentos à realidade do município de São Borja. Nesse sentido, para avaliar os materiais serão selecionados profissionais representantes de quatro equipes de ESF do município de São Borja, que apresentem interesse em AD na APS. Como critérios de inclusão neste estudo, serão considerados os seguintes aspectos: esses profissionais deverão ter residência em medicina de família e comunidade, especialização em saúde da família ou atuar em APS há mais de cinco anos.

No que se refere à avaliação, será solicitado aos avaliadores a leitura do material do MS “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a), uma vez que essa é a principal referência bibliográfica dos materiais elaborados. Antes da avaliação dos materiais, será realizada uma reunião virtual com os avaliadores para apresentar a rotina preconizada pelo MS para Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde.

Desse modo, os objetivos, metas, indicadores e ações e a ficha espelho passarão por avaliação de conteúdo e verificação da aplicabilidade. A planilha eletrônica automatizada não necessita avaliação de conteúdo, por refletir os indicadores propostos, portanto, será incluída somente na verificação de aplicabilidade.

1.5.6.1 Avaliação da planilha OMIA

Será entregue para os avaliadores uma planilha com objetivos, metas, indicadores e ações para o Programa de Atenção Domiciliar na APS. Será solicitado que eles examinem, com base no material do MS “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a), os indicadores propostos. Para cada indicador, o avaliador deverá responder 3 perguntas:

1. O indicador avalia o atingimento do objetivo? Sim/não
2. Qual a relevância desse indicador para a avaliação do objetivo? Alta/média/baixa
3. A avaliação do indicador pode subsidiar intervenções? Sim/não

Para o conjunto de indicadores propostos para cada objetivo, os avaliadores deverão sugerir exclusões e inclusões. Os aspectos que tiverem discordância entre os avaliadores serão discutidos no grupo focal virtual em busca

de um consenso.

1.5.6.2 Avaliação da ficha espelho

A ficha espelho será entregue para os avaliadores, os quais deverão examinar se os principais aspectos do monitoramento clínico de usuários em AD estão contemplados em tal ficha. Eles deverão também verificar se é possível obter as informações necessárias para a construção dos indicadores para monitoramento populacional a partir da ficha espelho. Os avaliadores serão questionados sobre a relevância de cada item (alta/média/baixa) e poderão indicar a necessidade de exclusões e inclusões. Será realizado um grupo focal virtual para discutir os aspectos controversos.

1.5.6.3 Verificação da aplicabilidade da ficha espelho e da planilha automatizada para monitoramento e avaliação da Atenção Domiciliar na APS

Os materiais serão adequados conforme as definições do grupo focal e enviados aos avaliadores para testagem. Será solicitado que cada avaliador preencha, com dados de visitas ou de prontuários, 10 fichas espelho, a fim de que, a partir delas, sejam preenchidas as planilhas eletrônicas automatizadas. Os avaliadores farão um registro das dificuldades encontradas no preenchimento e de sugestões de ajustes nos instrumentos. Será realizado um grupo focal para avaliar o potencial de implementação dos materiais.

1.5.7 Aspectos éticos

O presente projeto não apresenta questões éticas relacionadas à coleta de informações identificadas e de materiais biológicos. A construção de instrumentos para a implantação de um programa de AD será subsidiada pela revisão bibliográfica.

1.6 CRONOGRAMA

QUADRO 3: CRONOGRAMA DO PROJETO DE PESQUISA

Atividades	2020			2021									
	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Desenvolvimento de materiais						X	X	X	X	X	X		
Avaliação da OMIA								X					
Avaliação da ficha espelho									X				
Testagem da ficha espelho e da planilha automatizada									X	X			
Redação do Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM											X	X	
Defesa do TCM													X

1.7 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados deste estudo são divulgados a partir do Trabalho de Conclusão de Mestrado. Os materiais desenvolvidos serão disponibilizados para os avaliadores e para todas as equipes de ESF de São Borja. Além disso, os materiais serão apresentados para o SAD de São Borja e para os gestores municipais de saúde.

1.8 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

Não há financiamento para este trabalho. Os gastos ficarão sob a responsabilidade do pesquisador coordenador e podem ser resumidos conforme quadro abaixo:

QUADRO 4: DESCRIÇÃO DE ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Material	Quantidade	Valores totais (em reais)
Cartucho para impressora	03	200,00
Folhas de papel A4 branco	1.000	50,00
Revisão do volume	01	800,00
Total		1.050,00 reais

2 RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PROJETO

Esse relatório apresenta a cronologia da elaboração da Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (APÊNDICE B); da Ficha Espelho (APÊNDICE C) e da Planilha automatizada para avaliação e monitoramento da AD na APS (APÊNDICE D), desenvolvidos entre os meses de fevereiro e setembro de 2021. Esses materiais foram elaborados com base nos instrumentos para avaliação e monitoramento da saúde do idoso disponíveis na Plataforma Kurt Kloetzel. Para elaborar esses instrumentos, a partir da revisão de literatura, nos meses de fevereiro a julho de 2021, foram definidos os indicadores de processo para a AD realizada na APS, indicando a forma de cálculo, a fonte de informação e a relevância de cada indicador (APÊNDICE A – METAS E INDICADORES DE PROCESSO DA ATENÇÃO DOMICILIAR REALIZADA NA APS).

A construção da ficha espelho e a compilação do material auxiliar para preenchimento da ficha espelho da Atenção Domiciliar na APS (ANEXO A) foi realizada entre abril e agosto de 2021. A finalidade da ficha espelho é a coleta e o registro das informações necessárias ao preenchimento do cadastro do usuário no programa de AD, bem como aquelas necessárias ao acompanhamento clínico e preenchimento da planilha automatizada para monitoramento e avaliação dos indicadores da qualidade da AD na APS. Foi realizado um pré-teste da ficha espelho pelo autor deste estudo em agosto de 2021 através do preenchimento de cinco fichas espelho de usuários acompanhados em AD. Considerando as dificuldades observadas, principalmente relacionadas à ordenação dos itens e à diagramação, o instrumento foi adequado para facilitar seu preenchimento em condições habituais de trabalho na APS.

A planilha OMIA para a AD na APS (APÊNDICE B) foi organizada em agosto e setembro de 2021. Essa planilha sistematizou os objetivos do processo de AD na APS, com suas respectivas metas e indicadores. Além disso, incluiu sugestões de ações para o atingimento das metas. Em setembro de 2021 foi elaborada a planilha automatizada para avaliação e monitoramento da AD na APS (APÊNDICE D). A partir de dados coletados das fichas espelho dos usuários em AD, essa planilha calcula automaticamente os 36 indicadores previstos na planilha OMIA.

Após a elaboração da ficha espelho, da planilha OMIA e da planilha automatizada para monitoramento e avaliação, profissionais de saúde da APS

avaliaram sua adequação e aplicabilidade na realidade local. Essa avaliação foi realizada por quatro médicos e cinco enfermeiros vinculados a quatro equipes de Estratégia Saúde da Família do município de São Borja, sendo que somente uma das equipes de saúde tinha duas enfermeiras. Todos os médicos e dois enfermeiros tinham mais de cinco anos de atuação em APS, os outros três enfermeiros tinham menos tempo de atuação. Embora a proposta inicial do projeto se voltasse a incluir profissionais com pelo menos cinco anos de experiência em APS, optou-se por incluir os profissionais de enfermagem na avaliação por considerar que eles são indispensáveis na AD1 realizada na APS e, portanto, o olhar crítico para os instrumentos certamente contribuiria para melhorá-los. A inclusão desses profissionais permitiu que os materiais fossem avaliados considerando as diferenças no processo de trabalho do médico e do enfermeiro.

É preciso destacar que o contexto em que a avaliação dos instrumentos ocorreu não estava favorável para o trabalho na modalidade AD1, visto que em 2021 ocorreu um agravamento da pandemia por covid-19 no município e durante boa parte do ano não foram incentivadas visitas domiciliares que não fossem urgentes. Os profissionais referiram esgotamento e estresse por conta da pandemia e a maioria vinha realizando plantões no centro de triagem para covid-19 municipal há mais de um ano. Em setembro de 2021, quando foi iniciada a avaliação dos instrumentos, já havia um melhor controle da pandemia e as visitas domiciliares na AD1 estavam ocorrendo. Porém, a interrupção do acompanhamento de grupos prioritários para a APS, devido às restrições no acesso aos serviços, ou medo de contágio durante os primeiros meses da pandemia, resultou, na sequência, na retomada dos acompanhamentos com aumento da demanda, dificultando a organização e realização das visitas domiciliares na AD1.

Os materiais para a avaliação dos instrumentos foram enviados aos profissionais das quatro equipes em etapas. Em setembro de 2021, foram enviados ficha espelho para o programa de AD (APÊNDICE C), material auxiliar para o preenchimento da ficha espelho do programa de AD (ANEXO A), questionário de avaliação da ficha espelho (APÊNDICE E), planilha OMIA (APÊNDICE B) – com questionário de avaliação da mesma –, material “Metas e Indicadores de Avaliação do Processo da Atenção Domiciliar realizada na APS” (APÊNDICE A) e o manual do Ministério da Saúde “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a). No mês de outubro, foram enviados a planilha automatizada para o

monitoramento e avaliação da Atenção Domiciliar na APS (APÊNDICE D) e o questionário de avaliação dessa planilha, com explicações sobre o preenchimento.

No período de setembro de 2021 a março de 2022, foi realizado o acompanhamento da avaliação dos instrumentos através de contato com os participantes por mensagens de Whatsapp. Em setembro de 2021, foram realizadas reuniões presenciais com todos os participantes e, em novembro de 2021, foram realizadas reuniões em ambiente virtual por videochamada de Whatsapp ou em espaço presencial com os participantes, com exceção de duas enfermeiras (que estavam em período de férias e receberam orientações por intermédio dos colegas de equipe). Nesses contatos foram esclarecidas as dúvidas, prestadas informações adicionais e verificado o andamento da avaliação.

Devido ao contexto de pandemia, a maioria dos profissionais participantes do projeto conseguiu entregar as respostas dos questionários de avaliação dos instrumentos somente em janeiro de 2022, quando já estava em curso um novo surto de covid-19 no município. No dia 08 de março de 2022, agendou-se um grupo focal com todos os profissionais de saúde avaliadores para conversar sobre aspectos que não alcançaram consenso, as sugestões de exclusões e as dúvidas que surgiram ao sistematizar a avaliação dos instrumentos. Entretanto, devido a incompatibilidades de horários e à ocorrência de imprevistos, somente dois profissionais de uma mesma equipe participaram durante toda a reunião. Assim, optou-se por agendar mais três reuniões, uma com cada equipe de ESF, que ocorreram em 09, 10 e 11 de março do mesmo ano, por Whatsapp. Um profissional não participou por estar em período de férias.

Após as reuniões com os profissionais de saúde, a análise das respostas ao questionário de avaliação da planilha OMIA foi agrupada na “Tabela com as respostas ao questionário de avaliação da planilha OMIA para a AD” (APÊNDICE F) e os indicadores classificados em quatro grupos conforme o nível de consenso entre os avaliadores. A análise das respostas do questionário de avaliação da planilha OMIA; dos questionários de avaliação da ficha espelho; e da planilha para monitoramento e avaliação da AD na APS foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2022 e é discutida, a seguir, na sequência do relato da elaboração de cada instrumento.

3 ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

3.1 PLANILHA DE OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES (OMIA)

A etapa inicial do projeto consistiu na definição de objetivos, metas, indicadores e ações que possibilitam a melhora dos processos da AD na APS e, conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde. Os objetivos deveriam estar alinhados de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 1988) e com os atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002). Os objetivos que constam na Plataforma Kurt Kloetzel da UFPel (P2K) para atenção à saúde do idoso relativos à ampliação da cobertura, melhoria da qualidade da atenção, melhoria do registro, avaliação de risco e promoção à saúde foram utilizados como base para a planilha OMIA (Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações: Atenção à saúde da Pessoa Idosa, UFPel, 2021). O objetivo “adesão” desse material não foi utilizado, visto que tem como meta a busca de faltosos às consultas, não se aplicando diretamente quando a atenção é prestada no domicílio.

Para a avaliação e monitoramento dos objetivos propostos foram definidos 36 metas e indicadores de processo da AD, com base na literatura e na experiência dos profissionais envolvidos no projeto, compilados no material: “Metas e Indicadores de Avaliação do Processo da Atenção Domiciliar realizada na APS” (APÊNDICE A). Os indicadores são descritos no quadro seguinte:

QUADRO 5: INDICADORES DE PROCESSO PARA AD REALIZADA NA APS

1 COBERTURA
1.1 Proporção de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD.
1.2 Proporção de usuários em AD com acompanhamento de ACS no último mês.
1.3 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta médica no último ano.
1.4 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta de enfermagem no último ano.
2 QUALIDADE DA ATENÇÃO
2.1 Proporção de usuários adultos em AD que foram rastreados para diabetes mellitus (DM).
2.2 Proporção de usuários em AD avaliados pela equipe de saúde bucal.
2.3 Proporção de usuários em AD avaliados quanto à indicação de imunização para

pneumococo.

2.4 Proporção de usuários em AD com indicação de imunização para pneumococo que foram imunizados.

2.5 Proporção de usuários em AD classificados como caso complexo com Projeto Terapêutico Singular (PTS).

2.6 Proporção de usuários idosos em AD submetidos à avaliação multidimensional no último ano.

2.7 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal no último ano.

2.8 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do estado nutricional no último ano.

2.9 Proporção de usuários idosos em AD que tiveram medida a panturrilha esquerda no último ano.

2.10 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos no último ano.

2.11 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação da sensibilidade dos pés no último ano.

2.12 Proporção de usuários acamados em AD que foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão no último ano.

2.13 Proporção de usuários adultos em AD que foram avaliados quanto ao risco de quedas no último ano.

2.14 Proporção de usuários em AD que estão com a situação vacinal em dia no último ano.

2.15 Proporção de cuidadores principais de usuários em AD que tiveram avaliada a sobrecarga no último ano.

2.16 Proporção de usuários adultos em AD que tiveram a pressão arterial aferida no último ano.

2.17 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do risco de broncoaspiração no último ano.

2.18 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do uso correto de medicações no último ano.

2.19 Proporção de usuários em AD, com risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento de lesões por pressão, em que foi avaliada a presença de lesões por pressão no último ano.

2.20 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram os pés inspecionados no último ano.

3 REGISTRO

3.1 Proporção de usuários em AD com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.
3.2 Proporção de usuários idosos em AD com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
4 AVALIAÇÃO DE RISCO
4.1 Proporção de usuários em AD que tiveram aplicada a escala de vulnerabilidade familiar.
4.2 Proporção de usuários em AD que foram avaliados quanto ao risco e vulnerabilidade clínica no último ano.
4.3 Proporção de usuários em AD que foram classificados quanto à complexidade do caso no último ano.
5 PROMOÇÃO À SAÚDE
5.1 Proporção de usuários em AD cujos familiares e cuidadores adultos foram orientados para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
5.2 Proporção de usuários em AD cujas mulheres da família e cuidadoras foram orientadas para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama.
5.3 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre alimentação saudável no último ano.
5.4 Proporção de usuários em AD que tiveram orientação de higiene bucal no último ano.
5.5 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre o risco de quedas no último ano.
5.6 Proporção de usuários em AD, que apresentam risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento de lesões por pressão, que foram orientados sobre a prevenção deste tipo de lesão no último ano.
5.7 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que foram orientados para o autocuidado dos pés no último ano.

Fonte: Metas e Indicadores de processo da Atenção Domiciliar na APS (APÊNDICE A).

O principal material utilizado para a escolha das metas e indicadores foi o Manual do MS “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a), o qual orienta a realização do cadastro dos usuários elegíveis para o programa de AD e sugere algumas atividades que devem ser realizadas, na AD, pelos profissionais que atuam na APS. Os processos avaliados por esses indicadores devem ser realizados pelo menos uma vez no acompanhamento do usuário em AD, anualmente, em todas as consultas realizadas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem ou uma vez ao mês.

3.1.1 Processos que devem ser realizados pelo menos uma vez para o usuário em AD na APS

Entre os processos sugeridos pelo Manual do MS “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020a) que foram preconizados para realização pelo menos uma vez, discute-se a seguir o Projeto Terapêutico Singular, a avaliação dos usuários pela equipe de saúde bucal e a avaliação da vulnerabilidade familiar. O Projeto Terapêutico Singular deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, especialmente para auxiliar nos casos mais complexos, que demandam múltiplas intervenções e atenção em diversos pontos da RAS, e compreende quatro momentos: diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2020a).

A avaliação da saúde bucal dos usuários em AD está alinhada com o princípio da integralidade e é crucial para a promoção da saúde, viabilização de uma dieta adequada e para o controle de outras morbidades. Além da primeira avaliação da saúde bucal, outros profissionais, o próprio usuário, ou seu cuidador podem identificar necessidades e demandar outras avaliações da equipe de saúde bucal.

A Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi (ANEXO A – item 1) visa identificar riscos sociais e individuais, estratificando o risco familiar e auxiliando na identificação de famílias com maior potencial de adoecimento e maiores necessidades de AD, avaliando as seguintes condições do usuário: acamado; deficiência física; deficiência mental; baixas condições de saneamento; desnutrição grave; drogadição; desemprego; analfabetismo; indivíduo menor do que seis meses de idade; indivíduo maior de 70 anos de idade; diabetes mellitus; relação morador/cômodo maior que 1 e relação morador/cômodo igual a 1. A Escala de Vulnerabilidade Familiar é um instrumento que pode ser aplicado pelos ACSs, sendo utilizado no planejamento de ações da equipe de saúde (SAVASSI, et al, 2012).

Buscando a integralidade da atenção à saúde, outros processos que não estão descritos diretamente no manual do Ministério da Saúde foram sugeridos ao grupo de processos, os quais devem ser realizados pelo menos uma vez no acompanhamento do usuário em AD. O rastreio da diabetes mellitus visa o diagnóstico e tratamento precoce, prevenindo complicações clínicas secundárias (BRASIL, 2013b). A imunização para pneumococo previne otites, meningites, bacteremias e pneumonias e deve ser indicada para usuários maiores de 60 anos acamados e portadores de

diversas doenças que frequentemente são acompanhadas em domicílio (BRASIL, 2019).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contém o registro das condições de saúde, tratamentos realizados, hábitos de vida e vulnerabilidades, além de orientações para o autocuidado. Essa Caderneta é fundamental para facilitar a atenção à saúde quando a pessoa busca outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2018c), contribuindo para a longitudinalidade e coordenação do cuidado. O rastreamento de doenças de grande importância na APS – diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, neoplasia de colo uterino e de mama – em familiares e cuidadores visa corrigir uma fragilidade identificada em alguns estudos brasileiros, relacionada à ausência de ações de saúde para outros membros da família do usuário em AD (LOPES, et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

3.1.2 Processos que devem ser realizados pelo menos anualmente para o usuário em AD na APS

O Manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” sugere a avaliação anual dos usuários por meio de algumas escalas e instrumentos. A Avaliação Multidimensional do Idoso é utilizada para a detecção de problemas de saúde que causam grande impacto na qualidade de vida dos idosos. São realizadas perguntas de triagem para uma avaliação clínica que engloba: visão; audição; função de membros superiores; função de membros inferiores; estado mental; risco de queda domiciliar; atividades de vida diária; continência urinária; estado nutricional e suporte social, bem como história de hospitalização prévia nos últimos 6 meses (SIRENA, 2002; BRASIL, 2020a).

Outras três escalas (ANEXO A – itens 3, 4 e 7) possibilitam a realização de orientações e de plano terapêutico personalizado. A Escala de Morse avalia o risco de quedas em adultos por meio de seis critérios: histórico de quedas; presença de diagnóstico secundário; necessidade de auxílio na deambulação; utilização de terapia endovenosa; presença de alterações na marcha; e presença de alterações no estado mental. O risco de quedas quantificado pela escala pode ser reduzido por meio de orientações para a família e/ou usuário quanto a evitar fatores de riscos encontrados no domicílio e/ou o uso de medicamentos que alterem o equilíbrio e o sono. Além disso, o estímulo ao uso de alguns equipamentos e dispositivos específicos pode

auxiliar na redução do risco de quedas (BRASIL, 2020a).

A Escala de Braden avalia o risco de desenvolvimento de lesão por pressão, possibilitando a orientação de medidas de prevenção: hidratação e higiene da pele; nutrição adequada; mudança periódica de decúbito; e uso de artefatos de suporte no local da lesão quando necessário (BRASIL, 2020a). A Escala de Zarit avalia a sobrecarga do cuidador e é fundamental porque o ato de cuidar relaciona-se com adoecimento, piores condições de vida, pior qualidade de vida e maior mortalidade (SCHULZ; BEACH, 1999; AMENDOLA et al, 2008; HUFFAMAN, 2000; GONÇALVES et al, 2006 apud BRASIL, 2020a). Essa escala subsidia o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde do cuidador (BRASIL, 2020a).

A Escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar, na APS, é utilizada na gestão da visita domiciliar, proporcionando a estratificação do usuário de acordo com a condição clínica e fatores de risco e vulnerabilidade específicos, além de considerar o suporte familiar, incluindo a avaliação da sobrecarga do cuidador (PINHEIRO et al, 2019). Essa escala subsidia a implementação de protocolos assistenciais e a priorização de casos para a AD, apoiando a definição de aprazamento de retornos (ANEXO A – item 8).

Além das escalas e instrumentos sugeridos pelo manual “Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde”, outros processos de atenção domiciliar foram sugeridos. Considerando a complexidade da AD, na qual a grande maioria dos usuários atendidos são idosos, as condições de vulnerabilidade e multimorbidade são frequentes (WACHS et al, 2016), preconizou-se avaliar a realização anual de pelo menos uma consulta com o médico e com o enfermeiro. Além disso, é importante avaliar: o estado nutricional para identificação de desnutrição e obesidade (ANEXO A – item 2; a medida da panturrilha esquerda que auxilia na detecção de sarcopenia em idosos; e a situação vacinal.

O instrumento proposto preconiza 36 metas e seus respectivos indicadores do processo de atenção domiciliar. Assim, é fundamental avaliar anualmente o registro em ficha espelho, uma vez que é esse registro que possibilita o monitoramento do Programa de AD. A classificação dos usuários de acordo com a complexidade do caso visa identificar prioridades para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular.

A atenção ao usuário com diabetes é uma prioridade da APS. Assim, adaptando as orientações do Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013b), foi definida a

avaliação mínima anual dos pulsos e da sensibilidade dos pés desses usuários. O diagnóstico precoce da insuficiência arterial periférica e da neuropatia diabética possibilita orientações personalizadas e auxilia na prevenção das complicações associadas a essas patologias, além do encaminhamento para outros pontos da RAS quando necessário.

O usuário em AD, muitas vezes, está impossibilitado de relatar queixas relacionadas aos problemas em saúde bucal e os cuidadores nem sempre tem o preparo necessário para a função. Assim, o enfermeiro ou o médico deve realizar, pelo menos anualmente, a avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal, promovendo a integralidade da atenção.

Algumas orientações, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, também devem ser realizadas pelos profissionais de saúde: orientação sobre higiene bucal; alimentação saudável; risco de quedas e prevenção de lesões por pressão, para usuários com risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento dessas lesões. (ANEXO A – item 5); além de orientações sobre o autocuidado dos pés, para pessoas com DM (ANEXO A – item 6).

3.1.3 Processos que devem ser realizados em todas as consultas realizadas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem do usuário em AD na APS

O manual (BRASIL, 2020a) orienta a realização da avaliação do risco de broncoaspiração e também do risco na administração de medicamentos. O risco na administração de medicamentos é avaliado pelo cumprimento dos “nove certos”: usuário certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo; orientação certa; compatibilidade medicamentosa e direito a recusar o medicamento (BRASIL, 2016b). Essas duas avaliações são muito importantes na AD, a primeira para possibilitar a incorporação de medidas de prevenção da broncoaspiração e a segunda para reduzir os riscos na administração de medicamentos, possibilitando a orientação do seu uso correto. Foram sugeridas, ainda, outras três avaliações como parte do exame físico do usuário, a medida da pressão arterial, a inspeção dos pés de usuários com diabetes mellitus e a avaliação da presença de lesões por pressão em usuários com risco moderado, elevado ou muito elevado para o desenvolvimento dessas lesões.

Essas avaliações devem ser realizadas em todas as consultas domiciliares

realizadas pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem e anotadas na ficha espelho, desde que essas VDs não visem objetivos específicos, como realização de curativos ou imunização. Embora esses processos devam ser realizados em todas as consultas, o monitoramento do indicador considera a periodicidade mínima anual.

3.1.4 Processos que devem ser realizados mensalmente para o usuário em AD na APS

Para acompanhamento mensal, foi definido o indicador proporção de usuários em AD com acompanhamento de ACS no último mês. Um dos grandes diferenciais na APS brasileira é a presença dos ACSs em diversas unidades básicas de saúde. O trabalho desses profissionais nos territórios deve facilitar a comunicação entre o usuário, a família e a equipe de saúde (BRASIL, 2013a) e permite a identificação de usuários com maior risco e vulnerabilidade, promovendo equidade na atenção à saúde.

Após a definição dos 36 indicadores para avaliar os processos de AD na APS, foi elaborada uma planilha com os objetivos, metas, indicadores e ações para a atenção domiciliar. A planilha foi organizada de forma que a primeira aba é destinada para uma síntese de todos os indicadores e as abas seguintes contemplam cada um dos objetivos, especificando as metas, os indicadores, e a sugestão de ações para o atingimento de cada meta. As ações contemplam quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; e qualificação da prática clínica (APÊNDICE B – PLANILHA OMIA). Essa planilha foi desenvolvida com base na planilha de atenção à saúde do idoso (<https://dms.ufpel.edu.br/p2k/omia/> - módulo atenção à saúde do idoso).

3.2 AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DA PLANILHA OMIA

Os participantes responderam cinco perguntas para cada indicador da Atenção Domiciliar na APS proposto na planilha OMIA para avaliação do seu conteúdo. As perguntas eram: “o indicador avalia o atingimento do objetivo?”; “qual a relevância desse indicador para a avaliação do objetivo?”; “a avaliação do indicador pode subsidiar intervenções?”; “é possível construir esse indicador a partir da ficha espelho?”; “esse indicador deveria ser excluído?” e as alternativas de resposta eram “sim” ou “não”, exceto para a pergunta sobre relevância do indicador, cujas

alternativas eram “alta, média ou baixa”. Para as quatro primeiras perguntas, considerou-se que havia consenso quando a maioria das respostas eram “sim” ou “alta”. Para a pergunta se o indicador deveria ser excluído foi considerado consenso quando todos os avaliadores responderam “não”.

Ao final da planilha, era perguntado também, em relação a cada um dos cinco objetivos se o profissional sugeria outro indicador e, em caso positivo, qual era o indicador sugerido. Os enfermeiros e médicos das equipes 2 e 3 entregaram um questionário para cada equipe, ou seja, enfermeiro e médico dessas equipes responderam juntos. Os demais profissionais participantes enviaram respostas individualmente para a avaliação da planilha OMIA.

A possibilidade de construção do indicador a partir da ficha espelho foi analisada separadamente porque ela não avalia o indicador em si. Houve problema de entendimento dessa questão pelos profissionais de saúde, considerando que a resposta “sim” ou “não” na ficha espelho seria insuficiente para construir os indicadores. Assim, embora para quatro indicadores a metade dos avaliadores tenha considerado que não havia possibilidade de construção a partir da ficha espelho, essa situação foi confirmada apenas para proporção de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD e proporção de usuários em AD com acompanhamento mensal de ACS, cujos indicadores dependem da disponibilidade de informações usualmente trazidas pelo ACS para o restante da equipe de saúde.

Para análise dessas questões – após reuniões com os avaliadores para conversar sobre aspectos que não alcançaram consenso, as sugestões de exclusões e as dúvidas que surgiram durante a avaliação do instrumento – os indicadores foram divididos em quatro grupos (Quadro 6):

Grupo 1: Não houve sugestão de exclusão do indicador e houve consenso total em relação ao indicador avaliar o atingimento do objetivo, poder subsidiar intervenções e apresentar alta relevância.

Grupo 2: Não houve sugestão de exclusão do indicador e houve consenso pela maioria em pelo menos uma das questões relativas ao indicador avaliar o atingimento do objetivo, poder subsidiar intervenções e apresentar alta relevância.

Grupo 3: Foi sugerida exclusão de indicador por pelo menos um avaliador ou não houve consenso entre os avaliadores em uma das demais perguntas.

Grupo 4: Foi sugerida exclusão por pelo menos um avaliador e não houve consenso entre os avaliadores quanto à relevância do indicador.

QUADRO 6: INDICADORES DE PROCESSO DE AD NA APS AGRUPADOS CONFORME NÍVEL DE CONSENSO APÓS AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Grupo 1	1.3 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta médica no último ano
	1.4 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta de enfermagem no último ano
	2.9 Proporção de usuários idosos em AD que tiveram a panturrilha esquerda medida no último ano
	2.10 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos no último ano
	2.11 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação da sensibilidade dos pés no último ano
	2.13 Proporção de usuários adultos em AD que foram avaliados quanto ao risco de quedas no último ano
	2.16 Proporção de usuários em AD que tiveram a pressão arterial aferida no último ano
	2.18 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do uso correto de medicações no último ano
	3.1 Proporção de usuários em AD com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia
	5.1 Proporção de usuários em AD cujos familiares e cuidadores adultos foram orientados para o rastreamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus
	5.6 Proporção de usuários em AD, que apresentam risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento de lesões por pressão, que foram orientados sobre a prevenção deste tipo de lesão no último ano
	5.7 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que foram orientados para o autocuidado dos pés no último ano
Grupo 2	1.1 Proporção de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD
	2.1 Proporção de usuários adultos em AD que foram rastreados para diabetes mellitus
	2.5 Proporção de usuários em AD classificados como caso complexo com Projeto Terapêutico Singular
	2.6 Proporção de usuários idosos em AD submetidos à avaliação multidimensional no último ano
	2.8 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do estado nutricional no último ano
	2.12 Proporção de usuários acamados em AD que foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão no último ano
	2.14 Proporção de usuários em AD que estão com a situação vacinal em dia

	no último ano
	2.17 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do risco de broncoaspiração no último ano
	4.1 Proporção de usuários em AD que tiveram aplicada a escala de vulnerabilidade familiar
	5.2 Proporção de usuários em AD cujas mulheres da família e cuidadoras foram orientadas para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama
	5.3 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre alimentação saudável no último ano
	5.5 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre o risco de quedas no último ano
Grupo 3	1.2 Proporção de usuários em AD com acompanhamento de ACS no mês
	2.2 Proporção de usuários em AD avaliados pela equipe de saúde bucal
	2.4 Proporção de usuários em AD com indicação de imunização para pneumococo que foram imunizados
	2.15 Proporção de cuidadores principais de usuários em AD que tiveram avaliada a sobrecarga no último ano
	2.19 Proporção de usuários em AD, com risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento de lesões por pressão, em que foi avaliada a presença de lesões por pressão no último ano
	4.2 Proporção de usuários em AD que foram avaliados quanto ao risco e vulnerabilidade clínica no último ano
	4.3 Proporção de usuários em AD que foram classificados quanto à complexidade do caso no último ano
	5.4 Proporção de usuários em AD que tiveram orientação de higiene bucal no último ano
Grupo 4	2.3 Proporção de usuários em AD avaliados quanto à indicação de imunização para pneumococo
	2.7 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal
	2.20 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram os pés inspecionados no último ano
	3.2 Proporção de usuários em AD com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: Tabela com as respostas ao questionário de avaliação da planilha OMIA para a AD (APÊNDICE F).

O Quadro 7 apresenta a porcentagem de indicadores para cada objetivo

classificada nos grupos, conforme o nível de consenso alcançado. Os grupos 1 e 2, que indicam grande consenso, concentram os indicadores de cobertura, qualidade da atenção e promoção da saúde. O grupo 3, que representa um consenso intermediário, concentra os indicadores de avaliação de risco e o grupo 4, que indica menor consenso, concentra os indicadores de registro.

QUADRO 7: PORCENTAGEM DE INDICADORES PARA CADA OBJETIVO CLASSIFICADA NOS GRUPOS DE 1 A 4

	Cobertura	Qualidade da Atenção	Registro	Avaliação de Risco	Promoção da Saúde
Grupo 1	50%	30%	50%	0	42,8%
Grupo 2	25%	35%	0	33,3%	42,8%
Grupo 3	25%	20%	0	66,6%	14,3%
Grupo 4	0	15%	50%	0	0

Fonte: Avaliação da planilha OMIA.

3.2.1 Indicadores dos Grupos 1 e 2

Dentre os 36 indicadores, 12 alcançaram consenso total, englobando dois indicadores de cobertura, seis de qualidade da atenção, um de qualidade do registro e três de promoção da saúde. Outros 12 indicadores foram classificados no grupo 2, sendo um indicador de cobertura, sete de qualidade da atenção, um de avaliação de risco e três de promoção da saúde.

A conversa com os avaliadores indicou que os itens que alcançaram consenso pela maioria foram fortemente afetados por problemas de interpretação nas questões ou de entendimento sobre os indicadores, principalmente em relação a indicadores com denominadores específicos. A seguir, apresenta-se alguns exemplos das dificuldades dos avaliadores com os indicadores:

- Consideraram que o indicador proporção de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD não poderia subsidiar intervenções, pois não atentaram que ao identificar elegíveis que não estavam cadastrados poderiam ampliar o cadastramento.
- Consideraram que o indicador proporção de usuários acamados em AD que foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão no último ano tinha média relevância porque era um problema pouco frequente, sem atentar para a gravidade de deixar de identificar esse tipo de situação e que a avaliação seria feita

somente nos usuários em AD que estão acamados (denominador específico).

- Consideraram que o indicador proporção de usuários em AD que foram rastreados para DM não avaliava o atingimento do objetivo ou era de média relevância. Ademais, não compreenderam que essa avaliação deveria ser realizada apenas uma vez e que poderiam ser aceitos exames prévios, mesmo que fossem realizados em outros serviços. As avaliações subsequentes e rotineiras estariam condicionadas à existência de fatores de risco para a doença.

- Consideraram que o indicador proporção de usuários em AD que estão com situação vacinal em dia no último ano era de baixa relevância porque tinham muita dificuldade de obter as cadernetas de vacinação desses usuários e porque a maioria dos familiares e cuidadores não reconhecia a importância das vacinações, com excessão da imunização para influenza e coronavírus, sem atentar que é justamente esse aspecto que requer ações de educação em saúde e monitoramento da vacinação.

- Consideraram que a avaliação de risco por meio da aplicação da escala de vulnerabilidade familiar geraria demanda excessiva para médicos e/ou enfermeiros. O material “Metas e Indicadores de Avaliação do Processo da Atenção Domiciliar realizada na APS” (APÊNDICE A) foi, então, modificado para incluir a necessidade de a equipe pactuar as atribuições relativas à realização das ações, adequando-se à realidade de cada UBS.

A análise das respostas referentes ao grupo 2 apontam que a implementação dos instrumentos propostos requer formação adequada dos profissionais de saúde para realizar o conjunto de avaliações necessárias na AD1. Faz-se necessário, também, esclarecer termos, como “usuários elegíveis para a AD”, e alertar a diferença na periodicidade das avaliações e a existência de indicadores com denominadores específicos.

3.2.2 Indicadores dos Grupos 3 e 4

Esses grupos são formados por 12 indicadores. No grupo 3, foram classificados um indicador de cobertura, quatro indicadores de qualidade da atenção, dois indicadores de avaliação de risco e um indicador de promoção da saúde. No grupo 4, foram classificados três indicadores de qualidade da atenção e um indicador de registro. Sete dos indicadores do grupo 3 tiveram sugerida “exclusão” por, pelo menos, um avaliador e um indicador não obtiveram consenso quanto à relevância. Desse

modo, na sequência, discute-se cada um desses indicadores.

O indicador proporção de usuários em AD, com risco moderado, alto ou muito alto de desenvolvimento de lesões por pressão, em que foi avaliada a presença de lesões por pressão no último ano, não obteve consenso quanto à relevância porque as lesões por pressão não são frequentes entre os usuários. Entretanto, esse indicador é restrito à população de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão e seu diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações e obter maior sucesso no tratamento.

O indicador proporção de usuários em AD com acompanhamento de ACS no último mês teve sugestão de exclusão por um avaliador com o argumento de que tal indicador não pode ser construído a partir da ficha espelho e que existem áreas descobertas por ACS, inviabilizando a VD mensal para todos os usuários em AD. Entretanto, embora não possa ser construído a partir da ficha espelho, em áreas cobertas por ACS, o indicador pode ser construído por meio de informações trazidas por esses profissionais. Além disso, as áreas que não são cobertas por ACS, ao serem identificadas, permitem à equipe de saúde informar a gestão em relação a ações necessárias, que não estão sendo realizadas pela falta dos profissionais.

O indicador proporção de usuários em AD avaliados pela equipe de saúde bucal teve uma sugestão de exclusão com o argumento de que há alta rotatividade de odontólogos nas UBS, problemas de vínculo com a equipe de saúde, falta de equipamentos apropriados para que a ESB realize uma AD resolutiva e grande demanda reprimida de saúde bucal na UBS. Os avaliadores não atentaram que o preconizado era uma avaliação de cada usuário de AD e indicaram a exclusão por considerarem inviável a realização de avaliações periódicas.

O indicador proporção de usuários em AD com indicação de imunização para pneumococo que foram imunizados teve sugestão de exclusão por dois avaliadores. Eles referiram que os usuários não percebem a importância da vacina e que ela está disponível apenas em uma unidade de saúde central, a qual não aplica o imunizante nos domicílios. Os problemas de estrutura nesse caso dificultam o acesso dos usuários à vacina de forma que foge a governabilidade dos profissionais da APS. A imunização para pneumococo na população para a qual a vacina está indicada reduz o risco de infecções potencialmente graves. Seu monitoramento pode apontar a necessidade de construir alternativas para que usuários em AD que necessitem recebam a vacina contra o pneumococo.

O indicador proporção de cuidadores principais de usuários em AD que tiveram avaliação da sobrecarga do cuidador no último ano teve sugestão de exclusão por três avaliadores. Por outro lado, esses avaliadores consideraram que o indicador era de alta relevância e que poderia subsidiar intervenções. A coleta dos dados dos cuidadores sem a presença do usuário e o receio dos cuidadores de serem julgados inaptos para o cuidado foram dificuldades apontadas pelos avaliadores. É importante esclarecer aos profissionais de saúde que as avaliações não precisam ser realizadas em um momento único.

Foi sugerida a exclusão do indicador proporção de usuários em AD que foram avaliados quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica no último ano por três avaliadores. Os avaliadores referiram que a escala era complexa e com muitos itens, tirando o “foco” e a objetividade do atendimento, e que o profissional não teria autonomia para determinar o aprazamento das VDs por critérios de risco e vulnerabilidade clínica. Realmente, essa escala requer formação dos profissionais, mas sua aplicação pode ser útil para organizar a agenda da AD e para o planejamento de intervenções (PINHEIRO et al, 2019).

Três profissionais da saúde sugeriram a exclusão do indicador proporção de usuários em AD que foram classificados quanto à complexidade do caso no último ano. Isso ocorreu porque embora reconheçam a importância do PTS, especialmente nos casos mais complexos, consideram que essa avaliação deveria ser realizada por toda a equipe e há dificuldade em incluir outros profissionais no cuidado dos usuários em AD. O argumento apresentado reforça a importância do indicador e da realização de trabalho em equipe. Esse aspecto de envolvimento da equipe na classificação quanto à complexidade do caso foi acrescentada na ficha espelho (APÊNDICE C).

O indicador proporção de usuários em AD que tiveram orientações de higiene bucal no último ano teve sugestão de exclusão por um avaliador. Essa sugestão foi justificada pelo fato dos profissionais que não fazem parte da equipe de saúde bucal não terem, nem a atribuição, nem a formação para realizar essas orientações. Além disso, mesmo se tivessem, estariam sujeitos ao surgimento de dúvidas sobre saúde bucal que não teriam como encaminhar. Esse argumento ressalta a importância da formação dos profissionais para realizar promoção de saúde de forma integral.

Na sequência, são discutidos os quatro indicadores classificados no grupo 4, os quais tiveram sugerida exclusão por pelo menos um avaliador e também não obtiveram consenso entre os avaliadores quanto a relevância. Metade dos

profissionais da saúde participantes sugeriram excluir o indicador “proporção de usuários em AD que tiveram avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal no último ano”. Foi referida a necessidade de formação para a realização dessa avaliação e a impossibilidade de referência para a equipe de saúde bucal que não realiza AD em algumas unidades de saúde. Um profissional de saúde sugeriu que essa avaliação fosse realizada pela equipe de saúde bucal. Entretanto, considerando a grande demanda reprimida em saúde bucal essa proposta pode não ser viável ou prioritária. Além disso, é preciso evitar oportunidades perdidas de cuidado, levantando as necessidades em saúde do usuário independente do membro da equipe que está realizando o acompanhamento em AD.

O indicador proporção de usuários em AD que tiveram os pés inspecionados no último ano, teve sugestão de exclusão por três avaliadores, justificando que essa avaliação é demorada e, às vezes, desnecessária. Os avaliadores consideraram mais produtivo orientar o usuário ou cuidador sobre o autocuidado dos pés. Entretanto, o exame físico possibilita o diagnóstico e o tratamento precoce de alterações que podem passar despercebidas no autocuidado, reduzindo as diversas complicações relacionadas à insuficiência arterial periférica e neuropatia diabética. No material “Metas e Indicadores de Avaliação do Processo da Atenção Domiciliar realizada na APS” (APÊNDICE A), foi incluída a possibilidade de flexibilização da periodicidade para o indicador em casos específicos, como doença leve ou quando usuário ou cuidador conseguem realizar o exame.

O indicador proporção de usuários em AD com avaliação da necessidade de imunização para pneumococo teve sugestão de exclusão por um avaliador porque, assim como na situação do indicador relativo à aplicação da vacina, no município em questão, essa não está disponível na UBS e nem para aplicação em domicílio. Além disso, no município, o formulário de solicitação do imunizante deve ser preenchido exclusivamente pelo médico que, dessa forma, é o responsável por avaliar a necessidade dessa imunização. Apesar das dificuldades apontadas, a avaliação da necessidade de imunização para pneumococo é parte da atenção integral ao usuário em AD. Assim, é necessário construir alternativas para que essa avaliação seja viabilizada.

Dois avaliadores sugeriram excluir o indicador “proporção de usuários em AD com Caderneta da Pessoa Idosa”. Os avaliadores reconhecem que os usuários devem carregar seus registros de saúde, porém a caderneta eventualmente está em falta,

frequentemente o usuário perde a caderneta e seu preenchimento é demorado. Entretanto, considerando a falta de integração dos registros em saúde nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, a caderneta é essencial para a avaliação clínica e para a coordenação do cuidado (BRASIL, 2018c).

Na análise das respostas do grupo 3, observou-se que ocorreram problemas no entendimento do uso de denominador específico, como no indicador relativo aos usuários em AD com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão. Faltou, também, atenção dos avaliadores à periodicidade proposta para a avaliação da equipe de saúde bucal e clareza sobre a possibilidade de utilizar mais de uma consulta para aplicação das escalas, como a de avaliação da sobrecarga do cuidador. Para a aplicação da escala de sobrecarga do cuidador, os profissionais de saúde referiram falta de preparo dos cuidadores, descrita na revisão de literatura como uma das “barreiras para a AD relativas às características dos domicílios e das famílias” (FLORIANI et al, 2004; KLOCK et al, 2005; BORGES et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

Nos grupos 3 e 4, foram observadas lacunas na educação permanente das equipes para a: avaliação em saúde bucal; orientação de higiene bucal; e aplicação da escala de risco e vulnerabilidade clínica. Lacunas na educação permanente para a AD e para atenção ao idoso foram referidas em diversos estudos brasileiros (SOSSAI et al, 2010, BORGES et al, 2010; LACERDA et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI 2016; MUNIZ et al, 2018).

Nesses dois grupos, fragilidades na estrutura, conforme descritas em alguns estudos brasileiros (KLOCK et al, 2005; DRULLA et al, 2009; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018) ficaram mais evidentes, sendo referidas para alguns indicadores do grupo 3 e para todos os indicadores do grupo 4. Ademais, foram apontadas a: falta de materiais e equipamentos para a AD resolutive pela ESB; dificuldade na avaliação da necessidade de imunização dos usuários para pneumococo e, também, para a aplicação do imunizante e na existência de áreas descobertas por ACS nos territórios. Além disso, esses grupos referiram dificuldades no trabalho interdisciplinar com profissionais externos à equipe de saúde para a realização do PTS e indisponibilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para os usuários.

A falta de tempo para a AD ou excesso de demanda na unidade básica de saúde também foi referida pelos avaliadores nos grupos 3 e 4 para: a aplicação da escala de

risco e vulnerabilidade clínica; a avaliação dos pés de usuários com DM; e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essa fragilidade decorre de problemas na estrutura, como subdimensionamento de equipes para a área adscrita (SAKATA et al, 2007; DRULLA et al, 2009; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI et al, 2016; MUNIZ et al, 2018), ou problemas na organização do processo de trabalho (CARVALHAIS E SOUZA, 2010; apud MUNIZ et al, 2018).

A avaliação da qualidade da AD no Brasil, embora necessária, é muito incipiente (THUMÉ et al, 2016). Especialmente quando ficaram evidentes os problemas na estrutura, em situações que fogem à governabilidade da equipe de saúde, os avaliadores demonstraram preocupação com a possibilidade de obterem desempenhos ruins na avaliação. Assim, a formação para a implementação dos instrumentos deve enfatizar que o atingimento ou não de metas serve para mapear lacunas na atenção aos usuários de AD, mas é necessário um olhar aprofundado para os resultados, a fim de entender as motivações para essas lacunas, identificando o que pode ser resolvido no âmbito da equipe com reorganização do processo de trabalho e o que precisa ser demandado para a gestão ou que depende de articulação com a Rede de Atenção à Saúde ou intersetoriais, visto que a atenção à saúde, a gestão e a educação permanente em saúde são interdependentes e complementares (BRASIL, 2018a).

A análise das respostas dos profissionais de saúde referente aos 12 indicadores dos grupos 3 e 4 não levou a nenhuma exclusão, mas foram realizadas modificações em dois indicadores. Conforme discutido anteriormente, a inspeção dos pés de usuários com diabetes mellitus teve sua periodicidade flexibilizada conforme avaliação individualizada de usuário e cuidador; e a classificação da complexidade do caso, que inicialmente seria realizada pelo médico em conjunto com a enfermeira, teve ampliada a recomendação para toda a equipe. Os outros 10 indicadores não foram alterados, mas as respostas dos avaliadores indicaram que sua implementação depende em alguma medida de melhoria de estrutura, apoio da gestão, ampliação do trabalho em equipe, educação permanente para a AD e para a atenção à saúde da pessoa idosa.

Além das exclusões, foram sugeridas ainda algumas inclusões de indicadores por dois profissionais:

“Orientação sobre obesidade e risco cardiovascular, verificar IMC e índice cintura quadril

entre outros” (médico e enfermeiro ESF 11).

Não está prevista uma orientação específica sobre os problemas associados à obesidade e ao risco cardiovascular, visto que a população em AD, com número maior de idosos e também muito idosos (WACHS et al, 2016) apresenta usualmente sobrevida reduzida em relação à população em geral, de forma que essas orientações devem ser individualizadas. Entretanto, objetivando a promoção da saúde, deve ser realizada a orientação sobre alimentação saudável, pelo menos uma vez ao ano. O cálculo do IMC, que é um dos principais parâmetros para avaliação de obesidade ou desnutrição, já está previsto na avaliação do estado nutricional. A aferição do índice cintura quadril também é importante em casos específicos, mas para não aumentar as etapas do exame físico dos usuários, optou-se pelo IMC.

3.3 ELABORAÇÃO DA FICHA ESPELHO

A ficha espelho reúne as informações necessárias ao preenchimento do cadastro do usuário no programa de AD, bem como aquelas necessárias ao acompanhamento clínico e preenchimento da planilha eletrônica automatizada para monitoramento e avaliação dos indicadores da qualidade da AD na APS (APÊNDICE C). A primeira folha é composta pelos dados da avaliação admissional do programa de AD, na qual constam informações de identificação do usuário, dos cuidadores, o nome do ACS que realiza o acompanhamento, informações sobre a residência do usuário, se possui caderneta de saúde da pessoa idosa e equipamentos utilizados, além de algumas informações sobre presença de patologias que causam fragilidade e se está ou não acamado. O “Instrumento de Avaliação e Monitoramento” do módulo de autoaprendizagem “Cuidados Paliativos e Óbito no Domicílio” subsidiou parte da elaboração da avaliação admissional da ficha espelho (Instrumento de Avaliação e Monitoramento, DMS - UFPEL, 2021)

A seguir, na primeira folha da ficha espelho estão, ainda, os campos para registro de datas de aplicação e aprazamento das vacinas adsorvida difteria e tétano adulto (dT), para influenza, coronavírus e pneumococo. Além desses, logo abaixo estão os campos para registro das avaliações realizadas pelo menos uma vez no programa de AD: vulnerabilidade, rastreio para diabetes mellitus, avaliação pela equipe de saúde bucal, data da reunião para Projeto Terapêutico Singular, além do

registro da realização de orientações de rastreamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes para os familiares adultos e cuidadores e de rastreamento de neoplasia de colo uterino e de mama para mulheres familiares residentes no domicílio e para as cuidadoras.

Na segunda folha, estão as perguntas da Avaliação Multidimensional do Idoso e na terceira folha as avaliações de indicadores de processo da AD na APS que devem ser realizadas pelo menos anualmente, com cinco colunas à direita, uma para cada avaliação. A última folha é destinada ao registro dos dados que devem ser coletados em todas as VDs realizadas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, exceto VDs realizadas para tratamentos específicos como, por exemplo, realização de curativos ou imunização. Essa folha possui oito colunas para preenchimento à direita, em que na primeira linha está o campo data da avaliação, seguido, abaixo, pelo profissional que atendeu, e as perguntas: se o usuário tem DM ou está acamado. A seguir, consta campo para registro da medida da pressão arterial, da presença de disfagia e diagnósticos associados à disfagia, do uso correto de medicações, da presença de lesões por pressão e da inspeção dos pés de usuários com DM.

3.4 AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DE APLICABILIDADE DA FICHA ESPELHO

Cada uma das quatro equipes de saúde teve dez usuários visitados pelos profissionais de saúde, os quais preencheram dez fichas espelhos de acompanhamento no programa de AD. Em duas equipes, as visitas foram realizadas pelo médico e pelo enfermeiro separadamente (Equipes 01 e 04), nas outras equipes a visita, ora era conjunta, ora separada. Quando as avaliações foram realizadas em conjunto, em uma das equipes, a enfermeira anotava os dados na ficha e examinava o usuário, enquanto o médico realizava anamnese (Equipe 02). Na outra equipe, enfermeira e médico faziam a anamnese em conjunto, a enfermeira realizava também o exame dos usuários e a anotação na ficha (Equipe 03). Durante o estudo, uma das enfermeiras foi remanejada da equipe de ESF participante do estudo, assim, entregou os dados já coletados de dois usuários para a outra enfermeira da equipe.

Cada participante entregou uma folha com as suas respostas às cinco perguntas relativas à avaliação da ficha espelho (APÊNDICE E). Além dessas perguntas, outra informação solicitada foi o tempo de preenchimento da ficha espelho

para cada usuário, descrito no quadro subsequente.

QUADRO 8: TEMPO MÉDIO, MÍNIMO E MÁXIMO PARA APLICAÇÃO DA FICHA ESPELHO POR EQUIPE DE SAÚDE

Equipe de saúde	Tempo médio para aplicação da ficha espelho	Tempo mínimo para aplicação da ficha espelho	Tempo máximo para aplicação da ficha espelho
1	51,6 min	30 min	72 min
2	26,8 min	20 min	33 min
3	56 min	45 min	65 min
4	25,9 min	20 min	32 min

Fonte: Questionário de avaliação da ficha espelho (APÊNDICE E) com respostas dos profissionais de saúde.

O tempo médio de aplicação da ficha espelho para cada equipe teve uma grande variabilidade, entre 25,9 minutos e 56 minutos. O tempo mínimo relatado para a aplicação do instrumento foi de 20 minutos, para duas das equipes, e o máximo foi de 72 minutos. Como a visita domiciliar exige preparação e deslocamento, além de outras demandas poderem surgir durante a atividade, é provável que seja necessário dispor em torno de uma hora para a primeira visita, na qual são preenchidos também os dados admissionais. Esse tempo pode variar conforme o usuário, a organização e a prática dos profissionais. As VDs subsequentes provavelmente irão demandar um tempo menor para sua realização.

Os oito avaliadores consideraram que a ficha espelho é útil para o monitoramento clínico dos usuários em AD, conforme pode ser observado nas respostas abaixo:

“...é um bom instrumento para monitorar pacientes em AD” (médica Equipe 1);

“...abrange vários aspectos da saúde do paciente acamado e domiciliado” (médico Equipe 2);

“...de suma importância para o acompanhamento e monitoramento clínico dos pacientes, já a utilização do prontuário eletrônico traz um auxílio maior, no que acreditamos que poderia ser automático a geração dessa ficha espelho no sistema” (médica Equipe 3);

“...serve para busca ativa e monitoramento do paciente” (enfermeira Equipe 3).

Embora os profissionais tenham considerado a ficha espelho abrangente, útil para o acompanhamento clínico, para o monitoramento dos usuários em AD e para a busca ativa de usuários, um deles referiu que o serviço de saúde utilizava prontuário eletrônico e que, nessa situação, a geração da ficha espelho deveria ser automatizada de forma articulada ao prontuário. Os oito avaliadores consideraram que a ficha espelho podia ser incorporada à rotina do serviço, entretanto, seis profissionais de saúde mencionaram que essa incorporação requer condições mais favoráveis de trabalho, como pode ser observado nos trechos, a seguir:

“...algumas questões deveriam ser consideradas em relação ao tempo e número de usuários” (médica Equipe 1);

“...se as demandas nas unidades fossem menores” (enfermeira Equipe 2);

“Acho que pode ser incorporada se as unidades básicas de saúde tivessem um menor fluxo de pacientes” (médico Equipe 2);

“...desde que haja uma organização no atendimento realizado na unidade de saúde e no domicílio (médica Equipe 4);

”...desde que os profissionais tenham tempo para aplicar” (enfermeira Equipe 4).

Dois profissionais de uma equipe não relataram facilidades para implementar o uso da ficha espelho no serviço. Os demais citaram que a ficha espelho é de fácil aplicação, promove uma melhor avaliação e controle do quadro clínico do usuário domiciliado, já disponibiliza as escalas/instrumentos necessários como anexos (ANEXO A itens de 1 a 9). As dificuldades relatadas para a implementação da ficha espelho se referem ao tamanho do instrumento e ao tempo necessário ao seu preenchimento, em um contexto em que a população da área adstrita e a demanda resultante excede a capacidade de atendimento da equipe de saúde, dificultando a organização dos atendimentos, resultando na falta de tempo dos profissionais.

As seguintes respostas apontam facilidades/potencialidades:

“...melhor controle do quadro clínico do usuário domiciliado, com uma distribuição mais

organizada das informações do prontuário” (médico Equipe 2);

“...uma melhor avaliação de cada paciente” (enfermeira Equipe 2);

“...organização dos pacientes acamados e acompanhamento em geral do seu estado de saúde” (médica Equipe 3);

“...organização, parâmetros padronizados, mapear e acompanhar os pacientes da mesma maneira, auxílio ao profissional (enfermeira Equipe 3);

“...ficha espelho organizada, como os anexos esclarecedores sobre o preenchimento” (médica Equipe 4);

“A ficha é rápida e de fácil aplicação...” (enfermeira Equipe 4).

As seguintes respostas apontam dificuldades:

“...para que isso tornar-se possível, seriam necessários profissionais apenas para a aplicação da ficha espelho” (enfermeira Equipe 2).

“A ficha espelho possui muitos indicadores e, para avaliar todos, demanda uma quantidade de tempo que algumas vezes no cotidiano de uma unidade de saúde se faz difícil colocar a mesma em prática, em função do número de usuários em AD e número de consultas diárias, o que muitas vezes demora a saídas para a realização de AD” (médica Equipe 1);

“Para responder o questionário de cada paciente foi necessário no mínimo 35 minutos, sem somar o tempo de deslocamento da unidade. Sendo assim, para cada paciente foi necessário aproximadamente uma hora. Algumas famílias ficaram com receio de responder a parte destinada ao cuidador, como tempo de cuidado, anos de estudo” (enfermeira Equipe 1);

“Dificuldades: tempo para realizar adequadamente o preenchimento” (médica Equipe 3);

“Dificuldades: perguntas mais específicas, pois pela demanda de serviço falta tempo para preenchimento” (enfermeira Equipe 3).

“O preenchimento da planilha requer tempo prolongado em cada visita domiciliar, o que dificulta o trabalho devido à grande quantidade de visitas domiciliares a serem realizadas no

turno” (médico Equipe 2).

“A maior dificuldade foi aplicar os questionários dentro do curto tempo durante as visitas” (enfermeira Equipe 2).

“Dificuldades: incorporar na rotina do serviço, devido à demanda excessiva na unidade” (médica Equipe 4)

“...devido a demandas na unidade de saúde, levamos 3 meses para aplicar em 10 pacientes” (enfermeira Equipe 4).

A quarta pergunta do questionário de avaliação foi: “quais itens da ficha espelho deveriam ser excluídos?”. Seis avaliadores responderam que nenhum item deveria ser excluído, acrescentando que todos são úteis, relevantes ou importantes. Os dois profissionais da Equipe 1 sugeriram exclusões:

“Registro de visitas pelo ACS, avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal, avaliação da sobrecarga do cuidador, disponibilização da caderneta de pessoa idosa, aplicação de escala de vulnerabilidade clínica, classificação de todos os usuários de acordo com a complexidade” (médica Equipe 1).

“Deve ser excluído a parte odontológica, porque o odonto não está realizando VD e não faz procedimento em domicílio” (enfermeira Equipe 1).

“...muitos itens deveriam ser retirados porque o paciente não tem alguns registros como o vacinal completo e a família acha difícil deslocar o paciente para a aplicação dos mesmos” (enfermeira Equipe 1);

A ficha espelho contempla 34 indicadores de processo de AD na APS. Apenas dois indicadores, registro da visita mensal por ACS e usuários elegíveis cadastrados no programa de AD, não são construídos a partir da ficha espelho. Estes podem ser obtidos a partir dos registros dos ACS. Embora seja um número grande de indicadores, a maioria dos profissionais não sugeriu nenhuma exclusão. As sugestões de exclusão realizadas por dois avaliadores se concentraram em dificuldades de registro (vacinas e caderneta de saúde da pessoa idosa) e na atenção odontológica.

Esses aspectos já foram discutidos na avaliação de conteúdo da planilha OMIA (item 3.2).

A última pergunta do questionário de avaliação da ficha espelho é: “quais itens do acompanhamento clínico de usuários em AD não constam na ficha espelho e deveriam ser incluídos?” Seis dos oito avaliadores responderam que nenhum item deveria ser incluído. Dois profissionais sugeriram a inclusão de:

“Obesidade e risco cardiovascular, depressão e estado mental do paciente” (médica Equipe 3).

“Obesidade, cardiovascular, estilo de vida, psicológicos e saúde mental” (enfermeira Equipe 3).

A ficha espelho já contempla a avaliação da obesidade e do estado nutricional, pelo menos uma vez ao ano. A avaliação cardiovascular não foi incluída porque muitos usuários em AD já são muito idosos (WACHS et al, 2016), com expectativa de vida menor do que dez anos e alguns estão em tratamento paliativo. Assim, a avaliação cardiovascular deve ser individualizada, conforme a equipe de saúde perceba que pode levar a mudanças nos tratamentos. Quanto aos aspectos psicológicos, a avaliação multidimensional aborda saúde mental e depressão para os idosos, que são a grande maioria dos usuários em AD. A Escala de Vulnerabilidade e Risco Familiar de Coelho-Savassi e a Escala para Avaliação de Risco e Vulnerabilidade Clínica para pacientes em Atenção Domiciliar avaliam alguns riscos sociais e disfunção familiar, enquanto o estilo de vida deve ser abordado nas orientações para promoção da saúde.

A partir da sugestão dos avaliadores foi realizada a inclusão da descrição do(s) local(ais) das úlceras de decúbito identificadas na inspeção durante as visitas domiciliares. Essa modificação tornou a ficha espelho mais completa e útil para monitoramento clínico.

Diversos estudos descreveram uma atuação pontual sobre as demandas em AD em contraposição a um plano organizado (KLOCK et al, 2005; BORGES et al, 2010; LACERDA et al, 2010; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018). Segundo os avaliadores, a ficha espelho é organizada, auxilia no monitoramento e na padronização da atenção à saúde e é de fácil aplicação, mas é extensa, para ser

utilizada em condições habituais de trabalho. A complexidade da AD requer a inserção de um conjunto grande de itens na ficha espelho para apoiar o profissional na oferta de atenção de qualidade e possibilitar o monitoramento do processo de AD na APS. Assim, a implementação da ficha espelho nos serviços, de forma sustentável, passa pela superação de problemas de estrutura e organização do processo de trabalho das equipes (KLOCK et al, 2005; SAKATA et al, 2007; DRULLA et al, 2009; LACERDA et al, 2010; SOSSAI et al, 2010; BORGES et al, 2010; GALASSI et al, 2014; SAVASSI, 2016; BRAGA et al, 2016; LOPES et al, 2017; MUNIZ et al, 2018).

3.5 ELABORAÇÃO DA PLANILHA AUTOMATIZADA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

A planilha eletrônica automatizada para monitoramento e avaliação da Atenção Domiciliar na APS (APÊNDICE D – PLANILHA) foi elaborada a partir do modelo da planilha utilizada no acompanhamento de idosos atendidos pelos profissionais que realizam o curso de Especialização em Saúde da Família, na plataforma Kurt Kloetzel (<https://dms.ufpel.edu.br/p2k/planilhasdecoletadados/> - módulo atenção à saúde do idoso). A planilha foi adaptada para o acompanhamento populacional da AD, contemplando os 36 indicadores de avaliação do Programa de AD na APS. A planilha contém 7 abas, sendo a primeira para apresentação do material, seguida pelas orientações de preenchimento e pela aba “dados da UBS”, que contém campos que devem ser preenchidos para possibilitar o cálculo populacional de usuários em AD que será utilizado como denominador da maioria dos indicadores. As abas seguintes: mês um, mês dois e mês três correspondem aos três meses que são usualmente utilizados para uma intervenção, cada linha da planilha aberta por essas três abas é destinada aos dados de cada usuário acompanhado em AD. As planilhas das abas correspondentes aos meses de intervenção iniciam com número do usuário em AD, seguido pelo nome, idade, se é adulto, se é idoso e, a seguir, constam perguntas que levam à construção dos indicadores, as quais demandam as seguintes respostas: “1” para sim e “0” para não. A soma das respostas permite o cálculo da porcentagem de atingimento de cada meta e aparece registrada em gráficos, na última aba, “indicadores”.

3.6 VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA PLANILHA AUTOMATIZADA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

Após a conclusão do preenchimento das dez fichas espelho e do registro dos dados na planilha automatizada para monitoramento e avaliação, cada participante enviou respostas à pergunta do questionário sobre a utilização do instrumento: “quais as dificuldades encontradas no preenchimento da planilha de coleta de dados da AD?”, e preencheu o campo destinado a “sugestões de ajustes na planilha de coleta de dados da AD”.

Um avaliador não referiu dificuldades, os outros sete referiram dificuldades relacionadas à falta de tempo decorrente da demanda excessiva nas UBS, conforme já discutido em outras etapas da avaliação dos instrumentos. Quatro avaliadores não fizeram sugestões de ajustes na planilha. Foi sugerido fracionamento da planilha para redução do tamanho que, segundo o avaliador, dificulta a identificação da linha correspondente a cada usuário. Entretanto, a planilha em seu formato final tem a coluna com o nome dos usuários fixada. Foi mencionado que a exclusão de alguns indicadores, conforme sugerido na segunda etapa, reduziria a planilha demandando menos tempo do profissional e tornando mais factível sua adoção no cotidiano do serviço, entretanto, a complexidade da AD requer um número grande de indicadores de processo para avaliação e monitoramento.

4 CONCLUSÃO

Com o objetivo de melhorar a qualidade do processo de AD na Atenção Primária à Saúde, foram desenvolvidos instrumentos para a sistematização, avaliação e monitoramento dos usuários em AD. Inicialmente, com base nos objetivos propostos, foram definidos metas, indicadores e sugestões de ações para o atingimento dessas metas. Esse material foi compilado em uma planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA). A seguir, foram elaboradas ficha espelho e planilha automatizada para monitoramento e avaliação da Atenção Domiciliar na APS. Esses materiais foram submetidos à avaliação de conteúdo e verificação de aplicabilidade por médicos e enfermeiros de quatro equipes de Estratégia Saúde da Família do município de São Borja, no período de setembro de 2021 a março de 2022.

A avaliação possibilitou a reflexão sobre os instrumentos propostos e o aprimoramento desses materiais. A grande maioria dos indicadores de processo tiveram grande consenso entre os avaliadores quanto à alta relevância, bem como no que se refere à avaliação do atingimento do objetivo e possibilidade de subsidiar intervenções. A ficha espelho foi considerada útil pelos profissionais de saúde para o acompanhamento clínico dos usuários em AD. Entretanto, para implementar o uso dos instrumentos, verificou-se a necessidade de uma formação específica, com a finalidade de preparar o profissional de saúde para a atenção domiciliar e para um melhor entendimento dos indicadores propostos e da estratégia de avaliação e monitoramento da AD.

A análise dos resultados da avaliação apontou que a possibilidade de incorporar os instrumentos propostos à rotina do serviço esbarra em fragilidades da estrutura e do processo de trabalho dos serviços que resultam na falta de tempo dos profissionais e na necessidade de duplicar os registros realizados rotineiramente na UBS na ficha espelho e na planilha automatizada. Portanto, para a implementação do programa de AD é fundamental que as UBS tenham estrutura adequada, como equipes dimensionadas para o território, transporte e retaguarda na RAS. Além disso, considerando as dificuldades para adicionar novos instrumentos na rotina do serviço, é importante que as informações necessárias à avaliação e monitoramento do Programa de AD sejam coletadas e sistematizadas de forma articulada com registros rotineiros das UBS.

Por fim, conclui-se que os instrumentos propostos são importantes para apoiar

o acompanhamento clínico e populacional do Programa de AD. Sua avaliação e monitoramento permite identificar as fragilidades e subsidiar a definição das ações para qualificar a AD, de forma a contemplar os princípios do SUS e os atributos essenciais da APS.

REFERÊNCIAS

- Abordagem Domiciliar de Situações Clínicas Comuns em Idosos**, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS - UFPEL, [internet] <https://dms.ufpel.edu.br/ma-idoso#comp/home> Acesso em: 2021.
- Abordagem domiciliar em Cuidados Paliativos e Óbitos no Domicílio**, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS – UFPEL, [internet] <https://dms.ufpel.edu.br/maad-paliativo#comp/home> Acesso em: 2021
- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
- ALELUIA, I.R.S.; MEDINA, M.G.; ALMEIDA, P.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva** 22 (6): 1845-1856, RJ, 2017.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela APS e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, 36(84): 375-39, RJ, 2012.
- BORGES, M.M.M. DE C.; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 13(3):349-360, Rio de Janeiro, 2010.
- BRAGA, P.P; DE SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; DE CASTRO, E.A.B.; ANDRADE, A.M.; SILVA, Y.C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3): 903-912, 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**: experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003, 49 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, de 28 de outubro. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A família como foco da atenção primária à saúde** / Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade e Maria Rizoneide Negreiros de Araújo. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011b. 100p. : il., 22x27cm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Brasília : Ministério da Saúde, 2011c. 76 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, vol 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. CURSO: **Atenção domiciliar na rede básica de saúde**. Silva, K.L. et al, Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2013a, 87 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira / Brasília– 2. ed., 1. reimpr.:** 2014. 156 p.: il.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Diário Oficial da União, de 26 de abril. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília, DF: MS, 2016b. 40p.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União de 22 de setembro. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília - 1. ed. rev., 2018a. 73 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília/DF– 5ª edição - 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, Brasília: 2018c. 96 p: il
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** [recurso eletrônico] / Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 174 p: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 98 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 9, **sobre Recomendações da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)- Programa Melhor em Casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19)**, 2020b, 10 p. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/610/o/2020.03.23 - SAD-NOTA-TE%CC%81CNICA-N%C2%BA-9 2020-CGAHD DAHU SAES-1.pdf> Acesso em: 2020.
- CLOSS, V. E.; FEOLI, A. M. P.; SCHWANKE, C.H.A. Altura do joelho como medida alternativa confiável na avaliação nutricional de idosos. **Rev. Nutr.** 28 (5) • Out 2015
- COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):925-936, 2015

- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(4):701-709, 1999.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care – How Can It Be Assessed? **JAMA**, 260 (12):1743-1748, 1988.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, vol 114, pg 1115-1118, 1990
- DRULLA, A. DA G.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V. DE A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm** 14(4): 667-74, 2009.
- FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):986-994, 2004.
- GALASSI, V.C.; RAMOS, D.F.H.; KINJO, J.Y.; SOUTO, B.G.A. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci** 39(3):177-185, 2014.
- Instrumento de Avaliação e Monitoramento.** Abordagem domiciliar em Cuidados Paliativos e Óbitos no Domicílio, Material de Apoio, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS – UFPEL, [internet] <https://dms.ufpel.edu.br/maad-paliativo#comp/materiais>. Acesso em: 2021
- KLOCK, A.D.; HECK, R.M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto-contexto - enferm.** [internet] 14(2) 237-245, 2005.
- LACERDA, M.R.; GOMES, I.M.; KALINOWSKI, L.C.; GIACOMOZZI, C.M. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. **Cogitare Enferm.** 15(4):609-15, 2010.
- LOPES, G.V.D.O.; VILASBÔAS, A.L.Q.; CASTELLANOS, M.E.P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA), **Rev. Saúde Debate**, RJ, V.41, N. especial e, p. 241-254. Set 2017.
- Materiais de Saúde Coletiva**, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS - UFPEL [internet] <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva/> Acesso em: 2021
- MOONEY, G.; JAN, S. *Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures?* **Health Policy**, 1997; 39: 79-87.
- MUNIZ, E.A.; FREITAS, C.A.S.L.; OLIVEIRA, E.N.; LACERDA, M.R. Atenção domiciliar na estratégia saúde da família, perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre, 23 (2):73-85, 2018.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 34(5):547-59, 2000.
- OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013; 66 (esp) 158-64
- OLIVEIRA, P.M.; MOREIRA, A.P.B.; GARIOS, R.S.; ELIAS, M.A.R. Comparação dos métodos de estimativa de peso e altura em pacientes hospitalizados. **HU Revista**, Juiz de Fora, 43(3):399-406, 2017.
- PIMENTA, C.A.M. ET AL. **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem.** São Paulo: Coren-SP, 2015, 50 p.
- PINHEIRO, J.V. ET AL. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, 2019. Jan-Dez 14(41):1818
- Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA)** Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS – UFPEL, [internet] <https://dms.ufpel.edu.br/p2k/omia/> Acesso em: 2021.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos de**

- saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 2002.
- REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde**, 10(sup): 231-242, 2005.
- RODRIGUES, R. M. DE F.; FAJARDO, V.C.; NIMER, M. Análise de fórmulas de estimativa de peso e altura em adultos jovens. **DEMETRA**, Rio de Janeiro, v.14: e35793, jul-2019 | 1-14
- SAKATA, K.N.; DE ALMEIDA, M.C.P.; ALVARENGA, A. DE M.; CRACO, P.F.; PEREIRA, M.J.B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**, 60(6):659-64. Brasília, 2007.
- SAVASSI, L.C.M; LAGO, J.L; COELHO, F.L.G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**, 3(2): 178-185, 2012.
- SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2016;11(38):0-00.
- SAVASSI, L.C.M., et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 15(42) 2611. 2020
- SILVA, A.E.; DE SENA, R.R.; BRAGA, P.P.; PAIVA, P.A.; DIAS, O.V. Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais. **Cienc Cuid Saude**, 16(1), 2017.
- SIRENA, S.A. **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde.** Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde). PUCRS, Porto Alegre, 2002. [internet] Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/1550#:~:text=https%3A//tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/1550> Acesso em 2022.
- SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc Cuid Saude**, 9(3):569-576, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Unesco: MS, 2002.
- TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):821-828, 2012.
- THUMÉ, E. ET AL. **Indicadores para o monitoramento e avaliação na internação domiciliar** – experiência no ensino a distância. Relato de experiência inovadora. Conference: 22º CIAED Congresso Internacional de Educação a Distância. Setembro, 2016. Projects: SIGA BAGÉ - Saúde do Idoso Gaúcho AQUARES
- WACHS, L.S.; NUNES, B.P.; SOARES, M.U.; FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, RJ 32(3), mar, 2016.
- World Health Organization (WHO). **Health programme evaluation.** Genebra: WHO, 1981
- World Health Organization (WHO). **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century - A Vision for All.** WHO, 1998. Genebra. 232 p.
- World Health Organization (WHO) **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Genebra: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894).

APÊNDICE A – METAS E INDICADORES DE PROCESSO DA ATENÇÃO DOMICILIAR REALIZADA NA APS

Os 36 indicadores e metas têm foco no processo de trabalho da equipe de saúde, para a organização, avaliação e monitoramento da AD, pelas equipes de saúde. Os profissionais de saúde que atuam na APS devem pactuar quais ações serão realizadas para o atingimento das metas, e quem realizará essas ações, tendo em vista as especificidades de cada equipe de saúde. A avaliação do conjunto desses indicadores favorece indiretamente a gestão da AD.

1 OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA DO PROGRAMA DE AD (4 indicadores)

1.1 Proporção de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD.

META: Cadastrar 100% dos usuários elegíveis para o programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários elegíveis cadastrados no programa de AD / número de usuários elegíveis para o programa de AD

Entre as pessoas com necessidades de AD estão incluídos:

“...idosos frágeis, acamados ou restritos ao domicílio, pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, pessoas em cuidados, egressos de internações hospitalares, pacientes recorrentes às portas de urgência, puérperas, crianças com crises recorrentes de asma, pessoas com transtornos psíquicos graves” (BRASIL, 2020a). A AD pode ainda auxiliar usuários com arranjos familiares e socioeconômicos frágeis ou com crises agudas nas famílias, como morte ou abandono de um dos genitores (BRASIL, 2020a).

“As situações que definem a necessidade de cuidado no domicílio carregam uma carga extra de subjetividade, uma vez que critérios de vulnerabilidade, de acesso geográfico, de transporte particular, público ou sanitário e sociais, tanto no campo dos indicadores sanitários quanto da violência do território, são definidores da indicação e viabilidade da AD” (BRASIL, 2020a).

Entre os usuários com necessidades de AD, os elegíveis para o programa de atenção domiciliar são os que necessitam de cuidados continuados. Para fazer o cadastro de usuários é sugerida a aplicação da escala de vulnerabilidade familiar (COELHO; SAVASSI, 2004 apud BRASIL, 2020a) e a avaliação da adequação da residência (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006 apud BRASIL, 2020a).

O número de usuários elegíveis para o programa de AD poderá ser definido pelo cadastro, em áreas onde o cadastro estiver completo e atualizado, ou por estimativa populacional. Segundo um estudo abrangendo 6.624 idosos que residiam na zona urbana de 100 municípios brasileiros, 12% dos idosos, principal faixa etária dos usuários atendidos em domicílio, estavam em AD (WACHS et al, 2016). Este instrumento considera 12% como o parâmetro mínimo para estimativa de usuários em AD.

1.2 Proporção de usuários em AD com acompanhamento de ACS no último mês.

META: Proporcionar pelo menos uma visita ao mês por ACS para 100% dos usuários cadastrados no programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários cadastrados no programa de AD que tiveram acompanhamento por ACS no último mês / Número de usuários cadastrados no programa de AD.

A VD realizada pelo ACS prioriza as ações educativas de promoção da saúde. Cabe ao ACS identificar as necessidades de saúde do usuário, família e da comunidade, sendo o elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde (ABRAHÃO et al,

2007).

O ACS deve identificar o motivo da prestação do cuidado no domicílio; comunicar e registrar suas observações sobre o usuário, famílias e cuidadores; comunicar as intercorrências para a equipe de saúde; estabelecer uma comunicação participativa com a família; identificar e mobilizar redes de apoio comunitárias. Além disso, deve orientar cuidados com o lixo e participar das orientações e cuidados (como cuidados com o cabelo, unhas, pele, barba, banho, higiene); estimular e ajudar a alimentação; auxiliar na locomoção e nas atividades físicas apoiadas (como tomar sol, movimentar as articulações); fazer mudança de decúbito e massagem de conforto. (BRASIL, 2013a).

1.3 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta médica no último ano.

META: Proporcionar pelo menos uma consulta médica ao ano para 100% dos usuários no programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram consulta médica no último ano / Número de usuários cadastrados no programa de AD.

A equipe de saúde deve planejar ações e períodos específicos para a atenção domiciliar (PINHEIRO et al, 2019). Entretanto, a equipe deve acolher as demandas de visitas domiciliares (VDs) mesmo fora dos turnos e períodos prioritários previamente definidos.

A consulta programática objetiva garantir o acesso ao profissional médico para os usuários acamados ou domiciliados. Na consulta realizada pelo médico, além de ações avaliadas pelos indicadores desse instrumento, é esperado o exame clínico adequado e, quando necessário, a solicitação de exames periódicos. O profissional de saúde deve realizar também procedimentos de sua competência na AD quando necessário.

São atribuições do médico, a prescrição de tratamento medicamentoso, a indicação de transferência para outro nível de atenção, a verificação de óbito e o preenchimento do atestado de óbito (BRASIL, 2013a).

1.4 Proporção de usuários em AD que tiveram consulta de enfermagem no último ano.

META: Proporcionar pelo menos uma consulta de enfermagem ao ano para 100% dos usuários no programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram consulta de enfermagem no último ano / Número de usuários cadastrados no programa de AD.

A consulta programática objetiva garantir o acesso ao profissional enfermeiro para os usuários acamados ou domiciliados. Na consulta de enfermagem, além de ações avaliadas pelos indicadores desse instrumento, é esperado o exame clínico adequado e, quando necessário, a solicitação de exames periódicos.

Cabe ao enfermeiro a realização de procedimentos de sua competência, e à equipe de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) a realização de curativos e administração de medicamentos quando necessário. Entre as atribuições da equipe de enfermagem, destaca-se a realização de orientações, especialmente aos cuidadores, e a articulação com outros profissionais e serviços (BRASIL, 2013a).

2 OBJETIVO: MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Avaliações da qualidade da atenção, que devem ser realizadas pelo menos uma vez para todos os usuários no programa de AD. (5 indicadores)

2.1 Proporção de usuários adultos em AD que foram rastreados para diabetes mellitus.

META: Rastrear 100% dos usuários adultos do programa de AD para diabetes

mellitus.

INDICADOR: Número de usuários adultos do programa de AD que foram rastreados para diabetes mellitus / Número de usuários adultos no programa de AD. O rastreio para diabetes mellitus deve ser realizado pela glicemia de jejum, considerando-se o usuário a partir dos 20 anos como portador quando o resultado do exame for maior do que 125 mg/dl, confirmado por um segundo teste. A data do rastreio deve ser anotada na ficha espelho.

O diagnóstico de diabetes deve ser anotado na ficha espelho de acompanhamento para todas as VDs realizadas pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

2.2 Proporção de usuários em AD avaliados pela equipe de saúde bucal.

META: Avaliar 100% dos usuários no programa de AD pela equipe de saúde bucal.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD avaliados pela equipe de saúde bucal / número de usuários no programa de AD.

A equipe de saúde bucal deverá avaliar o usuário no programa de AD quanto à condição bucal, examinando os dentes/prótese (s) e a boca e elaborando um plano diagnóstico e de tratamento (BRASIL, 2020a).

A avaliação deve ser registrada na ficha espelho, com a descrição de uso de álcool ou fumo e de alterações ou lesões na mucosa bucal, além de cáries e doença periodontal, quando estiverem presentes e da utilização de próteses dentárias. Deve ser registrado o resultado da avaliação e o local onde foi realizada, além dos encaminhamentos para especialidades odontológicas.

2.3 Proporção de usuários em AD avaliados quanto a indicação de imunização para pneumococo.

META: Avaliar 100% dos usuários no programa de AD quanto a indicação de imunização para pneumococo.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram avaliação quanto à indicação da imunização para pneumococo / número de usuários no programa de AD.

Esta avaliação deve ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro, conforme o protocolo para solicitação de imunobiológicos especiais.

A aplicação de vacina pneumocócica em adultos é indicada para povos indígenas e para usuários maiores de 60 anos acamados e/ou em instituições fechadas. Também deve ser disponibilizado em situações especiais: HIV/aids; pacientes oncológicos; transplantados de órgãos sólidos; transplantados de células-tronco hematopoiéticas (TMO); asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas; fistula líquórica; implante de cóclea; imunodeficiências congênitas; nefropatias crônicas/hemodiálise/síndrome nefrótica; pneumopatias crônicas, exceto asma intermitente e persistente leve; asma persistente moderada ou grave; fibrose cística (mucoviscidose); cardiopatias crônicas; hepatopatias crônicas; doenças neurológicas crônicas incapacitantes; trissomias; diabetes mellitus e doenças de depósito (BRASIL, 2019).

2.4 Proporção de usuários em AD com indicação de imunização para pneumococo que foram imunizados.

META: Imunizar 100% dos usuários no programa de AD que tiveram indicação de imunização para pneumococo.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD imunizados para pneumococo / Número de usuários no programa de AD que tiveram indicação de imunização para pneumococo.

2.5 Proporção de usuários em AD classificados como caso complexo com

Projeto Terapêutico Singular (PTS).

META: Realizar PTS para 100% dos usuários no programa de AD que foram classificados como caso complexo.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD classificados como caso complexo com PTS / número de usuários no programa de AD classificados como caso complexo.

O PTS são propostas terapêuticas articuladas, elaboradas por uma equipe interdisciplinar, em conjunto com o usuário e sua família e/ou cuidadores. Possibilita a organização do cuidado, e a utilização dos recursos disponíveis na equipe de saúde, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou na rede de apoio social (Política de Humanização, BRASIL, 2009 apud BRASIL, 2020a).

O PTS é composto por quatro momentos:

- diagnóstico, que busca entender o indivíduo de forma integral, sua situação em relação aos problemas e suas interações sociais;
- definição de metas, onde também são definidos os prazos;
- divisão de responsabilidades, que abrange a definição de responsabilidade dos profissionais e do usuário e sua família/cuidadores e define um coordenador do caso, considerando aspectos clínicos que mais demandam e vínculo com o usuário e a família e
- reavaliação, momento de avaliar a evolução do caso, correções e sugestões de novas propostas (BRASIL, 2020a).

Sugerido a utilização do material: “vinculação de demandas e ofertas-PTS” (BRASIL, 2020a- tabela 8 p.50).

O genograma e o ecomapa são instrumentos importantes que podem ser utilizados para a avaliação das famílias, para subsidiar o PTS. Genograma é uma ferramenta de representação gráfica da família que permite a reflexão sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns e o enfrentamento dos mesmos pelos membros da família. O ecomapa é complementar ao genograma na compreensão da composição e estrutura relacional intrafamiliar e a relação com o meio que a cerca: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros (BRASIL, 2011b).

O PTS deve ser realizado pela equipe de saúde, preferencialmente com a presença de outros profissionais da rede de atenção à saúde, e registrado no prontuário do usuário. A data da reunião da equipe de saúde para a realização do PTS deve ser anotada na ficha espelho do programa de AD.

Avaliação da qualidade da atenção realizada na AD1, no último ano, visando o acompanhamento de usuários que estejam estáveis, e necessitem de menor frequência de cuidados e intervenções multiprofissionais (BRASIL, 2016a) (15 indicadores).

2.6 Proporção de usuários idosos em AD submetidos à avaliação multidimensional no último ano (Avaliação Multidimensional do Idoso - AMI - SIRENA, 2002).

META: Realizar avaliação multidimensional em 100% dos usuários idosos no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários idosos no programa de AD submetidos à avaliação multidimensional no último ano / Número de idosos no programa de AD.

A avaliação multidimensional pode ser realizada pelo médico ou enfermeiro. São feitas perguntas de triagem para cada domínio avaliado: visão, audição, função dos membros superiores e inferiores, estado mental, humor, histórico de quedas no último ano, atividades diárias, incontinência urinária, perda de peso no último ano, suporte social e hospitalização nos últimos seis meses. O resultado pode indicar a

necessidade de aprofundar a avaliação do idoso com outros instrumentos, como por exemplo, a utilização da escala de depressão geriátrica.

A perda da capacidade funcional, especialmente para o idoso, é um problema importante que compromete as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Política Nacional da Saúde do Idoso, instituída em 1999, apud BRASIL, 2009).

A avaliação multidimensional do idoso pode auxiliar na identificação de necessidade de reabilitação física, auditiva ou da fala, visual, intelectual e múltipla.

2.7 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal no último ano.

META: Avaliar a necessidade de atenção em saúde bucal de 100% dos usuários no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal no último ano/ Número de usuários no programa de AD.

A equipe de saúde deve realizar anualmente a avaliação da necessidade de atenção em saúde bucal. Devem ser avaliados sintomas e a presença de alterações ou lesões nos dentes, prótese (s) e boca (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2018b)

2.8 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do estado nutricional (Anexo A - item 2) no último ano.

META: Avaliar o estado nutricional de 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram avaliação do estado nutricional no último ano / Número de usuários no programa de AD.

O estado nutricional de crianças e adolescentes deve ser aferido por meio de curvas que avaliam o percentil do peso e altura (0 a 9 anos, Caderneta de Saúde da Criança: Menino e Menina, e de 10 a 19 anos, Caderneta de Saúde do Adolescente). A partir de 20 anos deve ser calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) que é obtido pela fórmula: peso (kg) /altura² (m).

Nos usuários adultos e idosos em que está impossibilitada a medida da estatura e do peso, indica-se a utilização de fórmulas, que utilizam a altura do joelho e a Circunferência Braquial (CB) ajustada para a idade, gênero e raça branca ou negra (CHUMLEA et al; WAITZBERG, et al apud ROSA, et al, 2014).

2.9 Proporção de usuários idosos em AD que tiveram medida a panturrilha esquerda no último ano.

META: Medir a panturrilha esquerda de 100% dos usuários idosos no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de idosos em que foi medida a panturrilha esquerda no último ano / Número de idosos no programa de AD.

A medida do diâmetro da panturrilha esquerda é o perímetro máximo no plano perpendicular à linha longitudinal da panturrilha esquerda. Avalia a massa muscular, e a sua redução correlaciona-se com risco de desenvolver sarcopenia. Medidas menores do que 31 cm estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c)

2.10 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos no último ano.

META: Avaliar os pulsos tibiais posteriores e pediosos de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários com diabetes mellitus no programa de AD que

tiveram avaliação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos no último ano / Número de usuários com diabetes mellitus no programa de AD.

Realizar avaliação vascular através da palpação de pulsos tibiais posteriores e pediosos, registrando os pulsos de cada pé como presentes ou ausentes, na ficha espelho. Em caso de pulsos ausentes ou diminuídos, avaliar a necessidade de encaminhamento para o cirurgião vascular.

2.11 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram avaliação da sensibilidade dos pés no último ano.

META: Avaliar a sensibilidade dos pés de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários com diabetes mellitus no programa de AD que tiveram avaliação da sensibilidade dos pés no último ano / Número de usuários com diabetes mellitus no programa de AD.

Realizar avaliação neurológica pelo teste de monofilamento de 10g, diapasão de 128 Hz, percepção de picada ou reflexo aquileu. Avaliar a perda da sensibilidade protetora (PSP) com dois ou mais testes, um deles, preferencialmente, o teste de monofilamento de 10 g. Quando possível associar o teste de avaliação de reflexos. Deve-se aplicar pelo menos três repetições, intercaladas com uma aplicação falsa. Um ou mais testes anormais sugerem PSP. Quando o usuário afirma que sente, no mínimo, duas das três repetições, o teste é considerado normal (BRASIL, 2013b).

2.12 Proporção de usuários acamados em AD que foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão (Escala de Braden - Anexo A - item 3) no último ano.

META: Avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, pela escala de Braden, de 100% dos usuários acamados no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários acamados no programa de AD que tiveram aplicada a escala de Braden no último ano / Número de usuários acamados no programa de AD.

O usuário será classificado quanto ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão conforme escores: 15-18, risco baixo; 13-14, moderado; 10-12, elevado e menor ou igual a 9, muito elevado. Avalia 6 sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento (FIGUEIREDO, 2010, tese)

2.13 Proporção de usuários adultos em AD que foram avaliados quanto ao risco de quedas (Escala de Morse - Anexo A - item 4) no último ano.

META: Avaliar o risco de quedas, pela escala de Morse, de 100% dos usuários adultos no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários adultos em AD que tiveram avaliação do risco de quedas no último ano/ Número de usuários adultos no programa de AD.

A avaliação será realizada pela escala de Morse, que considera o histórico de quedas, a existência de diagnóstico secundário, a necessidade de auxílio na deambulação, a utilização de terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, a presença de alterações na marcha e no estado mental. A escala classifica o risco de quedas em baixo, médio ou alto.

2.14 Proporção de usuários em AD que estão com a situação vacinal em dia no último ano.

META: Manter 100% dos usuários no programa de AD com a situação vacinal em dia.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que estão com a situação

vacinal em dia no último ano/ Número de usuários no programa AD.

Considerar o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização vigente no ano, de acordo com a faixa etária.

2.15 Proporção de cuidadores principais de usuários em AD que tiveram avaliada a sobrecarga (Escala de Sobrecarga dos Cuidadores - Escala de Zarit – Anexo A - ítem 7) no último ano.

META: Avaliar a sobrecarga do cuidador principal de 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de cuidadores principais de usuários no programa de AD que tiveram avaliada a sobrecarga no último ano / número de cuidadores principais de usuários no programa de AD.

A sobrecarga do cuidador deverá ser avaliada através da escala de Zarit que classifica a sobrecarga em leve, moderada ou grave. Não deve ser realizada na presença do usuário.

O ato de cuidar relaciona-se com adoecimento, piores condições de vida, pior qualidade de vida e maior mortalidade (SCHULZ; BEACH, 199; AMENDOLA et al, 2008; HUFFMAN, 2000; GONÇALVES et al, 2006 apud BRASIL, 2020a). A avaliação da sobrecarga dos cuidadores subsidia o desenvolvimento de ações para enfrentamento do problema na comunidade como, por exemplo, escuta ativa, criação de espaços coletivos, ações de educação em saúde, grupos de apoio, elaboração de material educativo e oficinas pedagógicas”(BRASIL, 2020a).

Avaliação da qualidade da atenção, a partir de ações realizadas em todas as consultas realizadas pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, nas modalidades AD1, AD2 ou AD3. Excluir visitas com finalidades específicas (ex. realização de curativos semanais ou imunização). Embora a orientação de realizar avaliação e anotação na ficha espelho em todas as consultas, para fins de monitoramento do programa de AD, essas avaliações devem ser realizadas pelo menos uma vez ao ano.

2.16 Proporção de usuários adultos em AD que tiveram a pressão arterial aferida no último ano.

META: medir a pressão arterial de 100% dos usuários adultos no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: número de usuários adultos no programa de AD que tiveram a pressão arterial aferida no último ano/ Número de usuários adultos no programa de AD.

A verificação da aferição da pressão arterial será realizada pela revisão da ficha espelho de AD dos usuários a partir de 20 anos. Deve ser verificada em todas as VDs de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, excluindo-se VDs com finalidades específicas.

2.17 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do risco de broncoaspiração no último ano.

META: Avaliar o risco de broncoaspiração em 100% dos usuários no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram avaliação do risco de broncoaspiração no último ano / Número de usuários no programa de AD. Deve ser registrado na ficha espelho, a ocorrência de disfagia, que indica o aumento do risco de broncoaspiração, e a presença de diagnósticos que estão frequentemente associados à disfagia: Acidente vascular cerebral (AVC), doença de Alzheimer e Parkinson, encefalopatia crônica, paralisia cerebral, doença de Chagas, neoplasia em boca e esôfago, doenças neuromusculares - distrofia

muscular, esclerose lateral amiotrófica, traumatismo cranioencefálico (BRASIL, 2020a).

Deve ser verificada a ocorrência de disfagia e a presença de diagnósticos frequentemente associados à disfagia em todas as VDs de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, excluindo-se VDs com finalidades específicas.

Se houver risco aumentado, o usuário e/ou cuidador devem ser orientados quanto ao posicionamento do usuário no leito, ao uso de espessante para líquidos e a mudança de consistência da dieta quando necessário (BRASIL, 2020a).

2.18 Proporção de usuários em AD que tiveram avaliação do uso correto de medicações no último ano.

META: realizar a avaliação do uso correto de medicações de 100% dos usuários no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: número de usuários que tiveram avaliação do uso correto de medicações no último ano / Número de usuários no programa de AD.

A avaliação do uso correto de medicações será realizada pela verificação dos “nove certos” para a administração de medicamentos: usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, compatibilidade medicamentosa e direito a recusar o medicamento (BRASIL, 2016b). Será considerado que o uso correto foi avaliado quando foram realizadas as nove avaliações preconizadas.

Deve ser verificado o uso correto de medicações em todas as VDs de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, excluindo-se VDs com finalidades específicas.

2.19 Proporção de usuários em AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, em que foi avaliada a presença de lesões por pressão no último ano.

META: Avaliar a presença de lesões por pressão em 100% dos usuários no programa de AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, em que foi avaliada a presença de lesões por pressão no último ano / Número de usuários no programa de AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão.

Deve ser realizada inspeção nas proeminências ósseas, como tornozelos, calcâneos, trocânteres e cóccix em todas as VDs de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, excluindo-se VDs com finalidades específicas.

2.20 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que tiveram os pés inspecionados no último ano.

META: Inspeccionar os pés de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários com diabetes mellitus, no programa de AD, que tiveram os pés inspecionados no último ano / Número usuários com diabetes mellitus no programa de AD.

Na inspeção dos pés será verificada a presença de deformidades, calosidades, unha encravada, fungos, infecções ou lesões abertas e alterações na coloração. Além disso, deve ser observado a higiene e o uso de calçados apropriados.

A periodicidade da inspeção dos pés dos usuários com diabetes em AD deve ser individualizada, por exemplo, usuários com doença mais severa ou que apresentam dificuldades para o autocuidado devem ter os pés inspecionados em todas as VDs

de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, excluindo-se VDs com finalidades específicas. Usuários com doença mais leve ou que realizam o autocuidado podem ter aprazamento maior.

Sugestões de manejo:

Calo: avaliar a necessidade de remoção do calo. Infecção fúngica: avaliação médica para tratamento com antimicótico. Infecção bacteriana: avaliação médica imediata para tratamento. Unha encravada: avaliar a necessidade de correção e orientar para que não tente corrigir o problema sozinho. Deformidades em pés: orientar calçado apropriado e considerar avaliação com ortopedista ou encaminhar para órtese. Higiene inadequada: escuta para identificar fatores que não permitem a higiene adequada e orientações sobre o tema. Calçados e/ou meias inadequadas: implementar estratégias educativas sobre calçados e meias adequados (BRASIL, 2013b).

3 OBJETIVO: MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÃO (2 indicadores).

3.1 Proporção de usuários em AD com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

META: Registrar em ficha espelho o acompanhamento de 100% dos usuários no programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD com registro na ficha espelho no último ano / número de usuários no programa de AD.

3.2 Proporção de usuários idosos em AD com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

META: Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos usuários idosos no programa de AD.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa / número de usuários idosos no programa de AD.

4. OBJETIVO: MAPEAR O RISCO DAS PESSOAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR (3 indicadores)

4.1 Proporção de usuários em AD que tiveram aplicada a escala de vulnerabilidade familiar (Anexo A – item 1).

META: Aplicar a escala de vulnerabilidade familiar para 100% dos usuários no programa de AD.

INDICADOR: número de usuários no programa de AD que tiveram aplicada a escala de vulnerabilidade familiar / número de usuários no programa de AD.

A avaliação de vulnerabilidade familiar será realizada pela escala de Coelho & Savassi classificando as pessoas em AD com vulnerabilidade habitual, menor, média e máxima (SAVASSI et al, 2012). Essa escla pode ser aplicada pelo ACS.

4.2 Proporção de usuários em AD que foram avaliados quanto ao risco e vulnerabilidade clínica (Instrumento Escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS - Anexo A – item 8) no último ano.

META: Aplicar a escala de risco e vulnerabilidade clínica para 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que tiveram aplicada a escala de risco e vulnerabilidade clínica no último ano / Número de usuários no programa de AD

A escala de risco e vulnerabilidade clínica deve ser realizada pelo médico. A escala considera a idade, multimorbidade, polifarmácia, dependência funcional

AVDs/AVDIs, mobilidade, suporte familiar, fragilidade e cuidados paliativos. Através da escala as pessoas em AD são classificadas em baixo, médio, alto e muito alto risco e vulnerabilidade clínica. Esta classificação auxilia o aprazamento dos retornos. O acompanhamento mínimo para as pessoas com risco baixo deve ser anual; com risco médio semestral; com risco alto trimestral e com risco muito alto bimestral. Entretanto, os retornos podem ser mais frequentes ao tomar em consideração a abordagem centrada na pessoa (PINHEIRO et al, 2019).

4.3 Proporção de usuários em AD que foram classificados quanto a complexidade do caso no último ano.

META: Classificar 100% dos usuários no programa de AD de acordo com a complexidade do caso, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários do programa de AD que foram classificados quanto a complexidade do caso no último ano / número de usuários no programa de AD.

Para definição de caso complexo, devem ser considerados tanto aspectos clínicos quanto familiares e sociais. A classificação em caso complexo deve ser realizada pela equipe de saúde, quando:

“...a complexidade dos problemas demanda o estabelecimento de múltiplas intervenções e o acionamento de diversos pontos da rede ou diversas ações dentro das equipes para a resolução dos problemas apresentados” (BRASIL, 2020a).

5 OBJETIVO: PROMOVER A SAÚDE DAS PESSOAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR Realização de ações de promoção da saúde, pela equipe de saúde, para os familiares que residem com o usuário no programa de AD ou cuidadores, pelo menos uma vez (2 indicadores).

5.1 Proporção de usuários em AD cujos familiares e cuidadores adultos foram orientados para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

META: Orientar os familiares e cuidadores adultos de 100% dos usuários no programa de AD para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

INDICADOR: Número de usuários em AD, cujos familiares e cuidadores adultos foram orientados para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus/ Número de usuários no programa de AD.

A orientação dos familiares que residem com o usuário em AD e cuidadores para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus deve ser registrada na ficha espelho do programa de AD.

5.2 Proporção de usuários em AD cujas mulheres da família e cuidadoras foram orientadas para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama.

META: Orientar mulheres da família e cuidadoras de 100% dos usuários no programa de AD para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD, cujas mulheres da família ou cuidadoras foram orientadas para o rastreio de neoplasia de colo uterino e de mama/ Número de usuários no programa de AD.

A orientação para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama das mulheres da família que residem com o usuário em AD e cuidadoras deve ser registrada na ficha espelho do programa de AD.

Realização de ações de promoção da saúde na modalidade AD1, pela equipe de saúde, pelo menos uma vez ao ano. Considerando a dependência dos usuários para a realização das ações de promoção, seus cuidadores deverão ser orientados (5 indicadores).

5.3 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre alimentação saudável (Os 10 passos para uma alimentação saudável – Anexo A - item 5) no último ano.

META: Orientar 100% dos usuários no programa de AD sobre alimentação saudável, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que foram orientados sobre alimentação saudável no último ano / Número de usuários no programa de AD.

A orientação sobre alimentação saudável deverá ser registrada na ficha espelho do programa de AD e seguirá a referência “10 passos para a alimentação saudável” do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). A orientação deverá ser ajustada às especificidades das morbidades apresentadas.

5.4 Proporção de usuários em AD que tiveram orientação de higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias quando necessário) (Anexo A – item 5) no último ano.

META: Orientar 100% dos usuários no programa de AD sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias quando necessário), pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: número de usuários no programa de AD que tiveram orientação sobre higiene bucal no último ano / Número de usuários no programa de AD.

Deve ser orientada a escovação diária dos dentes, após cada refeição e antes de dormir. A utilização de escova de dentes de tamanho adequado, com cerdas macias, e de creme dental com flúor. Deve ser orientada a utilização do fio dental em todos os dentes e a escovação da língua (BRASIL, 2018b).

A prótese parcial removível (ponte móvel) e a prótese total (dentadura) devem ser limpas fora da boca com água e sabão ou pasta de dente pouco abrasiva e escova de dentes macia. Antes de recolocá-las na boca devem ser escovados os dentes, e limpa a gengiva, o céu da boca e a língua. No caso de prótese total, idealmente retirar ao deitar à noite, ou em outro período, deixando-a sempre em um copo com água. O odontólogo pode orientar sobre outros produtos para complementar a limpeza das próteses (BRASIL, 2018b)

A orientação sobre higiene bucal deverá ser anotada na ficha espelho do programa de AD.

5.5 Proporção de usuários em AD que foram orientados sobre o risco de quedas (Anexo A – item 5) no último ano.

META: Orientar 100% dos usuários no programa de AD sobre o risco de quedas, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD que foram orientados sobre o risco de quedas no último ano / Número de usuários no programa de AD.

Deve ser orientado evitar superfícies escorregadias, molhadas, tapetes, pisos desnivelados e medicações que alteram o equilíbrio e o sono. Deve ser estimulado o uso de corrimão, dispositivos de marcha, protetores de cama, barras em banheiro e em locais de circulação, iluminação adequada, o uso de calçados adequados e de pisos antiderrapantes (BRASIL, 2020a).

5.6 Proporção de usuários em AD, que apresentam risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, que foram orientados sobre a prevenção deste tipo de lesão (Anexo A – item 5) no último ano.

META: Orientar 100% dos usuários no programa de AD, que apresentam risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão,

sobre a prevenção deste tipo de lesão, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários no programa de AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado para o desenvolvimento de lesões por pressão, orientados sobre a prevenção deste tipo de lesão, no último ano / Número de usuários no programa de AD que apresentam risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão.

São utilizados como medidas de prevenção para a ocorrência de úlceras de pressão: hidratação e higiene de pele, nutrição adequada, mudança de decúbito periódica e o uso eventual uso de artefatos de suporte no local da lesão, como por exemplo, almofadas e colchões. (BRASIL, 2020a)

5.7 Proporção de usuários com diabetes mellitus em AD que foram orientados para o autocuidado dos pés (Anexo A – item 6) no último ano.

META: Orientar 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD para o autocuidado dos pés, pelo menos uma vez ao ano.

INDICADOR: Número de usuários com diabetes mellitus no programa de AD que foram orientados para o autocuidado dos pés no último ano / Número de usuários no programa de AD com diabetes mellitus.

A orientação para o autocuidado dos pés deve ser anotada na ficha espelho do programa de AD. Quando houver impossibilidade de autocuidado dos pés pelo usuário em AD, o cuidador deve ser orientado.

APÊNDICE B – PLANILHA OMIA PARA A AD NA APS**Consultar arquivo Excel – Apêndice B – PLANILHA OMIA PARA A AD NA APS**

APÊNDICE C – FICHA ESPELHO PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

AVALIAÇÃO ADMISSIONAL NO PROGRAMA DE AD

Nº prontuário: _____ Data de ingresso no programa: __/__/____

Identificação: Nome: _____ DN: __/__/____ CNS: _____

Endereço: _____ Telefones: _____

ACS: _____ () Possui caderneta de saúde da pessoa idosa. Acamado: () sim () não / Necessita de cuidador: () sim () não

Cuidador(es) Nome: _____ DN: __/__/____ Vínculo/parentesco com usuário: _____ Anos de estudo: __ __

Data em que iniciou o acompanhamento(m/a) __/____ Reside no domicílio: () sim () não. Horários dedicados ao cuidado: _____

Nome: _____ DN: __/__/____ Vínculo/parentesco com usuário: _____ Anos de estudo: __ __

Data em que iniciou o acompanhamento(m/a) __/____ Reside no domicílio: () sim () não. Horários dedicados ao cuidado: _____

Residência: () água potável () energia elétrica () espaço para leito e equipamentos necessários () acesso para veículos de emergência

Equipamentos utilizados: () bengala () andador () cadeira de rodas () aparelho auditivo () oxigênio domiciliar () outros _____

Sondas () sim () não. Se sim, qual tipo: _____ Estomias () sim () não. Se sim, qual: _____ **Fragilidade:**

() síndrome demencial () depressão () parkinson () neoplasia () sarcopenia () desnutrição () disfagia () incontinência () paralisia cerebral

Vacinas: Dupla tipo adulto (dT): 1ª dose: __/__/____; 2ª dose __/__/____; 3ª dose __/__/____; reforço __/__/____

Influenza (gripe): __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____.

Coronavírus: __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____; __/__/____.

Antipneumocócica, indicada: () sim () não 1ª dose __/__/____; reforço __/__/____. Outras vacinas: _____: __/__/____; __/__/____.

AVALIAÇÕES REALIZADAS PELO MENOS UMA VEZ NO PROGRAMA DE AD

Avaliação de vulnerabilidade (item1) __/__/____: () habitual () menor () média () máxima.

Diabetes: () sim () não. Se não, data do rastreio __/__/____. Cuidadores e familiares orientados para rastreio HAS/DM () não () sim, __/__/____

Mulheres familiares e cuidadoras foram orientadas para rastreio de neoplasia de colo uterino e de mama () não () sim, __/__/____ () não se aplica

Data da reunião da equipe de Saúde para Projeto Terapêutico Singular (PTS): __/__/____.

Avaliação inicial da equipe de saúde bucal __/__/____ () abuso de álcool () tabagismo () cáries _____

() doença periodontal _____ () prótese dentária _____ () encaminhamentos: _____

AVALIAÇÕES REALIZADAS PELO MENOS UMA VEZ AO ANO (S = SIM, N = NÃO, NA = NÃO AVALIADO, NSA = NÃO SE APLICA)

Avaliação multidimensional do idoso					
Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Tem dificuldade de visão para dirigir, ver TV, ler ou realizar outra atividade? (S/N)					
Tem dificuldade de audição (teste Whisper)? Ouvido D - (S/N) Ouvido E- (S/N) se não responder, verificar a presença de cerume					
Verificar se é capaz de 1- tocar a nuca com as mãos(S/N); 2-apanhar um lápis com as mãos e colocá-lo de volta(S/N)?					
Verificar se é capaz de 1- levantar da cadeira(S/N); 2-caminhar(S/N); 3-voltar e sentar(S/N)?					
Estado mental - Recorda o nome de 3 objetos? (S/N)					
Tem se sentido triste/desanimado frequentemente? (S/N)					
Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? (S/N; Se sim, quantas vezes?)					
Na sua casa tem: 1-escadas (S/N); 2-tapetes soltos (S/N); 3-corrimão no banheiro (S/N)					
É capaz de realizar as seguintes atividades sem auxílio: 1-sair da cama(S/N)? 2-vestir-se(S/N)? 3-preparar refeição(S/N)? 4- fazer compras(S/N)?					
Tem incontinência urinária, perde urina? (S/N; se sim, diária, semanal ou mensal)					
Se houve incontinência urinária, questionar se provoca incômodo ou embaraço (S/N)					
Teve perda de peso maior do que 4 kg no ano? (S/N)					
Em caso de doença ou incapacidade alguém poderia ajudar? (S/N)					
Hospitalizou nos últimos 6 meses? (S/N)					
Será referido p/ reabilitação?(S/N.Física, auditiva ou da fala, visual, intelectual, múltipla) Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Necessita de atenção em saúde bucal?(S/N ou NA)					

Índice de massa corporal (IMC) (Registrar o IMC, quando for estimado, registrar --- circunferência braquial-CB e altura do joelho-AJ) (ANEXO A-ítem 2)					
Idosos, diâmetro da panturrilha esquerda (NA; NSA; registrar o diâmetro em cm)					
Usuários com diabetes, palpação dos pulsos pediosos (E=esquerdo; D=direito; normal ou alterado; NA; NSA)					
Usuários com diabetes, palpação dos pulsos tibiais posteriores (E=esquerdo; D=direito; normal ou alterado; NA; NSA)					
Usuários com diabetes, teste de sensibilidade dos pés (normal ou alterado; NA; NSA)					
Acamados, avaliação do risco de lesões por pressão (ANEXO A-ítem 3) (NA; NSA; ---escore 15-18:baixo; 13-14:moderado; 10-12:elevado; menor ou igual a 9:muito elevado)					
Adultos, avaliação do risco de quedas (ANEXO A-ítem 4)(baixo, médio ou alto; NA; NSA)					
Orientação sobre alimentação saudável (ANEXO A-ítem 5) (S; N; NSA)					
Orientação sobre higiene bucal (ANEXO A-ítem 5) (S; N)					
Orientação sobre o risco de quedas (ANEXO A-ítem5) (S; N; NSA)					
Orientação para prevenção de lesões por pressão (ANEXO A-ítem 5) (S;N;NSA)					
Usuários com diabetes, orientação para autocuidado dos pés (ANEXO A-ítem 6) (S;N;NSA)					
Situação vacinal em dia? (S/N ou NA)	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__
Avaliação da sobrecarga do cuidador (ANEXO A-ítem 7) (S; N; NSA; leve,moderada ou grave)	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__
Avaliação para aprazamento de retorno (ANEXO A-ítem 8) (Prazo em meses; NA)	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__
Caso complexo (registrar a data da avaliação pela equipe de saúde)	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__	_/_/__

APÊNDICE D – PLANILHA AUTOMATIZADA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA AD NA APS

Consultar arquivo excel – APÊNDICE D – PLANILHA AUTOMATIZADA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA AD NA APS

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FICHA ESPELHO PARA A AD NA APS

Avaliação da Ficha Espelho

Equipe:

Nome:

Profissão:

Qual o tempo de preenchimento de cada ficha espelho?

	Tempo em minutos
Ficha Espelho 1	
Ficha Espelho 2	
Ficha Espelho 3	
Ficha Espelho 4	
Ficha Espelho 5	

- 1) A ficha espelho é útil para o monitoramento clínico dos usuários em AD?

- 2) A ficha espelho pode ser incorporada à rotina do serviço?

- 3) Quais as facilidades e dificuldades para implementar o uso da ficha espelho no serviço?

- 4) Quais itens da ficha espelho deveriam ser excluídos?

- 5) Quais itens do acompanhamento clínico de usuários em AD não constam na ficha espelho e deveriam ser incluídos

APÊNDICE F – TABELA COM AS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PLANILHA OMIA PARA A AD NA APS

Tabela com os as respostas dos avaliadores para o questionário de avaliação da planilha OMIA

Grupos	Indicadores	Objetivo	Relevância	Intervenções	Ficha espelho	Exclusão
		sim	sim	sim	sim	não
	1.3. Proporcionar pelo menos uma consulta médica ao ano para 100% dos usuários no programa de AD.	8	8	8	5	8
	1.4. Proporcionar pelo menos uma consulta de enfermagem ao ano para 100% dos usuários no programa de AD.	8	8	8	5	8
	2.9. Medir a panturrilha esquerda de 100% dos usuários idosos no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	8	8
Grupo 1	2.10. Avaliar os pulsos tibiais posteriores e pediosos de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	8	8
	2.11. Avaliar a sensibilidade dos pés de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	8	8
	2.13. Avaliar o risco de quedas, pela escala de Morse, de 100% dos usuários adultos no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	5	8
	2.16. Medir a pressão arterial de 100% dos usuários adultos no programa de AD, na última VD, realizada no último ano.	8	8	8	5	8
	2.18. Realizar a avaliação do uso correto de medicações de 100% dos usuários no programa de AD, na última VD, realizada no último ano.	8	8	8	5	8
	3.1. Registrar em ficha espelho o acompanhamento de 100% dos usuários no programa de AD.	8	8	8	8	8

	5.1. Orientar os familiares e cuidadores adultos de 100% dos usuários no programa de AD para o rastreio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.	8	8	8	5	8
	5.6. Orientar 100% dos usuários no programa de AD, que apresentam risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, sobre a prevenção deste tipo de lesão, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	5	8
	5.7. Orientar 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD para o autocuidado dos pés, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	8	6	8
	1.1. Cadastrar 100% dos usuários elegíveis para o programa de AD.	8	7	6	6	8
Grupo 2	2.1. Rastrear 100% dos usuários adultos do programa de AD para diabetes mellitus.	5	5	8	8	8
	2.5. Realizar Projeto Terapêutico Singular para 100% dos usuários no programa de AD que foram classificados como caso complexo.	8	7	8	5	8
	2.6. Realizar avaliação multidimensional em 100% dos usuários idosos no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	7	8	5	8
	2.8. Avaliar o estado nutricional de 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	7	8	5	8
	2.12. Avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, pela escala de Braden, de 100% dos usuários acamados no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	7	7	8	5	8
	2.14. Manter 100% dos usuários no programa de AD com a situação vacinal em dia.	7	6	7	7	8
	2.17. Avaliar o risco de broncoaspiração em 100% dos usuários no programa de AD, na última VD, realizada no último ano.	7	6	8	4	8
	4.1. Aplicar a escala de vulnerabilidade familiar para 100% dos usuários no programa de AD.	8	8	5	5	8

	5.2. Orientar mulheres da família ou cuidadoras de 100% dos usuários no programa de AD para o rastreio de neoplasia de colo uterino e mama.	8	7	8	6	8
	5.3. Orientar 100% dos usuários no programa de AD sobre alimentação saudável, pelo menos uma vez ao ano.	8	7	8	6	8
	5.5. Orientar 100% dos usuários no programa de AD sobre o risco de quedas, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	5	8	8
	1.2. Proporcionar pelo menos uma visita ao mês por ACS para 100% dos usuários cadastrados no programa de AD.	8	8	8		7
	2.2. Avaliar 100% dos usuários no programa de AD pela equipe de saúde bucal.	5	5	8	4	7
	2.4. Imunizar 100% dos usuários no programa de AD que tiveram indicação de imunização para pneumococo.	7	5	6	7	7
	2.15. Avaliar a sobrecarga do cuidador principal de 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	7	8	5	5
Grupo 3	2.19. Avaliar a presença de lesões de pressão em 100% dos usuários no programa de AD, com risco moderado, elevado ou muito elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, na última VD, realizada no último ano.	7	3	8	5	8
	4.2. Aplicar a escala de risco e vulnerabilidade clínica para 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	8	7	8	5	5
	4.3. Classificar 100% dos usuários no programa de AD de acordo com a complexidade do caso, pelo menos uma vez ao ano.	8	8	5	5	5
	5.4. Orientar 100% dos usuários no programa de AD de higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias quando necessário), pelo menos uma vez ao ano.	7	5	7	4	7
	2.3 Avaliar 100% dos usuários no programa de AD quanto à indicação de imunização para pneumococo	7	2	7	7	7

	2.7. Avaliar a necessidade de atenção em saúde bucal de 100% dos usuários no programa de AD, pelo menos uma vez ao ano.	7	4	7	4	4
Grupo 4	2.20. Inspeccionar os pés de 100% dos usuários com diabetes mellitus no programa de AD, na última VD, realizada no último ano.	8	4	8	5	5
	3.2. Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos usuários idosos no programa de AD.	7	2	6	6	6

ANEXO A – Material auxiliar para o preenchimento da ficha espelho da Atenção Domiciliar na APS (ítems de 1 a 9)

1. Informações sentinelas e escore de risco.

SENTINELAS DE RISCO Escore de risco.

Acamado - 3
Deficiência física - 3
Deficiência mental - 3
Baixas condições de saneamento - 3
Desnutrição grave - 3
Drogadição - 2
Desemprego - 2
Analfabetismo - 1
Indivíduo menor de 6 meses de idade -1
Indivíduo maior de 70 anos de idade - 1
Hipertensão arterial sistêmica - 1
Diabetes mellitus - 1
Relação morador/cômodo maior que 1 - 3
Relação morador/cômodo igual a 1 - 2
Relação morador/cômodo menor que 1 – 0

(Fonte: MS, AD na APS, 2020, adaptado de Coelho; Savassi, 2004)

ESCORE TOTAL DE VULNERABILIDADE FAMILIAR.

As famílias, a partir da soma dos escores atribuídos, são classificadas em vulnerabilidade habitual à máxima.

0 a 4 V0 – Vulnerabilidade habitual
5 e 6 V1– Vulnerabilidade menor
7 e 8 V2 – Vulnerabilidade média
Acima de 9 V3 – Vulnerabilidade máxima

(Fonte: BRASIL, 2020a, Adaptado de Savassi, Lage e Coelho 2012).

2. Avaliação do estado nutricional.

Índice de Massa Corporal (IMC) = peso (kg) / altura² (m)

	20 a 59 anos	60 ou mais
eutrófico	18,5 a 24,9	>22 a <27
baixo peso	<18,5	< ou = 22
sobrepeso	25 a 29,9	27 ou mais
obeso grau 1	30 a 34,9	
obeso grau 2	35 a 39,9	
obeso grau 3	40 ou mais	

(WHO, 2000) (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994 apud BRASIL, 2011c)

Estimativa de peso

	19 a 59 anos	60 a 80 anos
Mulher Negra	$AJ \times 1,24 + CB \times 2,97 - 82,48$	$AJ \times 1,50 + CB \times 2,58 - 84,22$
Mulher Branca	$AJ \times 1,01 + CB \times 2,81 - 66,04$	$AJ \times 1,09 + CB \times 2,68 - 65,51$
Homem Negro	$AJ \times 1,09 + CB \times 3,14 - 83,72$	$AJ \times 0,44 + CB \times 2,86 - 39,21$
Homem Branco	$AJ \times 1,19 + CB \times 3,14 - 86,82$	$AJ \times 1,10 + CB \times 3,07 - 75,81$

(CHUMLEA et al apud ROSA, et al, 2014).

A circunferência braquial (CB) deve ser aferida com o auxílio de uma fita métrica não extensível, com o indivíduo deitado ou sentado e com o braço flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°. Mede-se o ponto médio entre o acrômio e o olécrano, sem comprimir a fita (ROSA, et al, 2014).

A altura do joelho (AJ) é medida com o idoso sentado, tornozelo e joelho flexionados em ângulo reto e medindo-se desde o calcanhar do pé direito até a extremidade da cabeça da fíbula (CLOSS et al, 2015).

Estimativa da Estatura (em cm)

	18 a 60 anos
Homem Branco	$71,85 + [1,88 \times AJ \text{ (cm)}]$
Homem Negro	$73,42 + [1,79 \times AJ \text{ (cm)}]$
Mulher Branca	$70,25 + [1,87 \times AJ \text{ (cm)}] - [0,06 \times \text{idade (anos)}]$
Mulher Negra	$68,1 + [1,86 \times AJ \text{ (cm)}] - [0,06 \times \text{idade (anos)}]$

(CHUMLEA et al, 1994 apud RODRIGUES et al, 2019)

	Maiores do que 60 anos
Mulheres	$84,88 + [1,83 \times AJ \text{ (cm)}] - [0,24 \times \text{idade (anos)}]$
Homens	$64,19 + [2,02 \times AJ \text{ (cm)}] - [0,04 \times \text{idade (anos)}]$

(CHUMLEA et al, 1985, apud Oliveira et al, 2017)

3. Escala de Braden (Escala de Braden – Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão, Material de Apoio, **Abordagem domiciliar de situações clínicas comuns em idosos**, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS – UFPEL, [internet])

Departamento de
Medicina Social



MATERIAIS
DE APOIO:
ESCORES

**ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS**
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

ESCALA DE BRADEN

AVALIAÇÃO DO RISCO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
UMIDADE Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser trocados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
ATIVIDADE Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
NUTRIÇÃO Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	
PONTUAÇÃO TOTAL:				

Nota: quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver úlcera de pressão.

Referência

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidência do cuidar em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 279-284, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rben/v59n3/a06v59n3.pdf>. Acesso em: 2014.

https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/escala_de_braden.pdf Acesso em 2022)

4. Escala de Morse (*Morse Fall Scale*, Material de Apoio, **Abordagem domiciliar em situações clínicas comuns em idosos**, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMS – UFPEL, [internet])

Departamento de
Medicina Social



MATERIAIS
DE APOIO:
ESCORES

ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

MORSE FALL SCALE

TRADUZIDA E ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

1. Histórico de quedas		
Não	Paciente sem história de quedas nos últimos três meses	0
Sim	Paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.	25
2. Diagnóstico Secundário		
Não	Apenas um diagnóstico médico.	0
Sim	Mais de um diagnóstico médico.	15
3. Auxílio na deambulação		
Nenhum/acamado/ Auxiliado por Profissional da saúde	Paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	0
Muletas/bengala/ Andador	Paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	15
Mobiliário/parede	Paciente movimenta-se apoiando-se no mobiliário/paredes.	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	20

5. Marcha		
Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.	10
Comprometida/cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.	20
6. Estado Mental		
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.	0
Superestima capacidade/esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15
TOTAL		

AVALIAÇÃO:	
Risco baixo	0 - 24
Risco médio	25 - 44
Risco alto	≥45

Referência

URBANETTO, Janete S. et al. MORSE FALL SCALE: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>>. Acesso em: 2014.

<https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/morse.pdf> Acesso em 2022)

5. Orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, risco de quedas e para a prevenção de lesões por pressão.

Os 10 passos para uma alimentação saudável.

“1- Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação; 2- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos; 3- Limitar o consumo de alimentos processados; 4- Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; 5- Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6- Fazer compras em locais que ofertam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7- Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8- Planejar o uso do tempo para dar a atenção à alimentação que ela merece; 9- Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais” (BRASIL, 2014)

Orientação sobre higiene bucal.

Deve ser orientada a escovação diária dos dentes, após cada refeição e antes de dormir. A utilização de escova de dentes de tamanho adequado, com cerdas macias, e de creme dental com flúor. Deve ser orientada a utilização do fio dental em todos os dentes e a escovação da língua (BRASIL, 2018b).

A prótese parcial removível (ponte móvel) e a prótese total (dentadura) devem ser limpas fora da boca com água e sabão ou pasta de dente pouco abrasiva e escova de dentes macia. Antes de recolocá-las na boca devem ser escovados os dentes, e limpa a gengiva, o céu da boca e a língua. No caso de prótese total, idealmente retirar ao deitar à noite, ou em outro período, deixando-a sempre em um copo com água. O odontólogo pode orientar sobre outros produtos para complementar a limpeza das próteses (BRASIL, 2018b)

Orientação sobre o risco de quedas.

Deve ser orientado evitar superfícies escorregadias, molhadas, tapetes, pisos desnivelados e medicações que alteram o equilíbrio e o sono. Deve ser estimulado o uso de corrimão, dispositivos de marcha, protetores de cama, barras em banheiro e em locais de circulação, iluminação adequada, o uso de calçados adequados e de pisos antiderrapantes (BRASIL, 2020a). Individualizar as orientações, levando em conta o usuário e o domicílio.

Orientação para prevenção de lesões de pressão.

Medidas de prevenção para a ocorrência de úlceras de pressão: hidratação e higiene de pele, nutrição adequada, mudança de decúbito periódica e o uso eventual uso de artefatos de suporte no local da lesão, como por exemplo, almofadas e colchões (BRASIL, 2020a).

6. Orientações para o autocuidado dos pés de usuários com diabetes mellitus.

Deve ser verificado o autocuidado com os pés e o apoio familiar nesse cuidado. Também devem ser avaliadas as condições do calçado e da palmilha (Brasil, 2013b).

Orientações para todos os usuários com DM:

1) higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais); 2) cuidados com as unhas e os riscos na remoção de pele e cutículas; 3) hidratação dos pés com cremes, especialmente se pele seca; 4) uso de sapatos adequados (adaptados ao pé evitando-se pressão em extremidades ósseas e áreas de apoio); 5) cuidados com traumas externos; 6) realização de autoexame diário do pé para identificação de modificações que indiquem a procura de um profissional de saúde (mudança na cor, edema, dor, parestesias, perda da sensibilidade e rachaduras).

Orientações para usuários com DM e alto risco de desenvolver úlceras nos pés: perda da sensibilidade protetora (PSP) ou doença arterial periférica com ou sem PSP.

Abordar ainda os seguintes pontos: evitar caminhar descalço; procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele; não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de saúde; lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa-d'água quente, cobertores elétricos, fogueiras ou lareiras); não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciar os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-lo rotineiramente; usar protetor solar nos pés; inclusão de períodos de repouso para os pés em situações especiais (feriados, passeios longos, ocasiões sociais como casamentos e formaturas).

Orientações para usuários com DM e presença de úlceras ou amputação.

Abordar, além dos itens descritos acima, também: que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente; que a detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho; que repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura; que sinais e sintomas devem ser observados e comunicados aos profissionais de saúde - alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera, marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, alterações no tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas úlceras, bolhas ou dor nos pés (úlcera fica dolorosa ou desconfortável ou pé lateja). Alertar sobre buscar atendimento de saúde imediatamente se perceber mudança no odor dos pés ou da lesão ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar (febre, sintomas tipo resfriado, ou sintomas do diabetes mal controlado) (BRASIL, 2013b).

7. Escala de Zarit (Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores, Material de Apoio, Abordagem domiciliar de Pacientes em Cuidados Paliativos, Kurt Kloetzel Plataforma Educacional de Saúde. DMD –UFPEL, [internet]

Departamento de
Medicina Social



ATENÇÃO DOMICILIAR:
CUIDADOS PALIATIVOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

ESCALA DE ZARIT

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

ESCALA DE ZARIT

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/-cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 2014.

https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/zarit_paliativo.pdf Acesso em 2022)

8. Escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS.

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:
Idade	75 a 84 anos	1
	> 85 anos	2
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2
	Descompensação clínica	5
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2
Dependência funcional	AVDs instrumentais	1
	AVDs Básicas e Instrumentais	2
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1
	Risco de queda	2
	Acamado	3
Suporte familiar	Disfunção familiar	1
	Sobrecarga do cuidador	1
Fragilidade (2 pontos cada)	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	
Cuidados Paliativos	PPS(*) 80 a 100	2
	PPS 50 a 70	5
	PPS 30 a 50	8
	PPS < 20	10

Total (pontuação obtida):

Classificação de risco e vulnerabilidade clínica:

Menor ou igual a 5= baixo (acompanhamento pelo menos anual); 6 a 10= médio (acompanhamento pelo menos semestral); 11 a 15= alto (acompanhamento pelo menos trimestral); 15 ou mais= muito alto (acompanhamento pelo menos bimestral).

Fonte: (BRASIL, 2020^a, adaptado de Pinheiro et al, 2019). * PPS: Paliative Performance Scale

9. Palliative Performance Scale (PPS) (Maciel MGS, Carvalho RT. *Palliative Performance Scale PPS Versão 2*. Tradução brasileira para a língua portuguesa. São Paulo 2009.



**VICTORIA
HOSPICE**

**A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos
versão 2 (EDCP v2)**

TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
(Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2).
©Victoria Hospice Society, 2009.

INSTRUÇÕES PARA O USO DO PPS (VEJA TAMBÉM AS DEFINIÇÕES DOS TERMOS)

1- Os escores PPS são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou características que “melhor se adequam” ao paciente que está sendo avaliado.

2- Comece com a coluna à esquerda e leia de cima para baixo até encontrar a descrição de “deambulação” apropriada. Siga então para a próxima coluna, leia-a de cima para baixo novamente até encontrar a descrição de “atividade ou evidência de doença” apropriada. Esses passos são repetidos por todas as 5 colunas antes de atribuir o PPS ao paciente. Note que as colunas mais à esquerda são características mais “fortes” na determinação do escore e, em geral, assumem maior importância sobre as outras.

Exemplo 1 : Um paciente que permaneça a maior parte do dia sentado ou deitado devido a fadiga causada por uma doença avançada, que requeira assistência considerável para caminhar mesmo pequenas distâncias, que seja plenamente consciente e tenha ingestão alimentar boa seria caracterizado com PPS de 50%.

Exemplo 2 : Um paciente que tenha se tornado tetraplégico requerendo cuidado total teria PPS de 30%. Embora este paciente possa ser colocado em uma cadeira de rodas (e talvez considerado com PPS de 50%), o escore é 30% porque, de outra forma, ele(a) seria totalmente restrito ao leito devido à doença ou complicações se não fosse pela ajuda do cuidador. O paciente pode ter ingestão alimentar e nível de consciência normais.

Exemplo 3 : Entretanto, se o paciente do exemplo 2 fosse paraplégico e restrito ao leito mas ainda fosse capaz de auto cuidar-se, como por exemplo comer sem auxílio, então o PPS seria algo como 40 ou 50% desde que o paciente não necessite de cuidados o tempo todo.

3 – O PPS apresenta incrementos de 10% sempre. As vezes é muito fácil identificar, numa ou mais colunas, qual é a descrição que mais se adequa ao paciente. Entretanto, em um ou duas colunas pode parecer que a descrição que mais se adequa esteja em um nível maior ou menor. Nesse contexto, deve-se escolher, como um todo, o nível que melhor descreve a condição do paciente. Escolher um “meio termo” como por exemplo, um PPS de 45%, não é correto. A combinação de julgamento clínico e a “importância maior das colunas da esquerda” é usada para determinar se 40% ou 50% é o escore mais apropriado para o paciente.

4 - O PPS tem muitas utilidades. Primeiro, é um excelente instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado funcional atual do paciente. Segundo, pode ser útil como critério de avaliação de capacidade de trabalho e outras medidas e comparações. Além disso, parece ter valor prognóstico.

DEFINIÇÃO DE TERMOS PARA O PPS

Como exposto abaixo, alguns termos tem significados semelhantes. As diferenças são mais perceptíveis à medida que lê-se, horizontalmente, através de cada linha, até encontrar a que mais se adequa como um todo, usando as informações das 5 colunas.

1- DEAMBULAÇÃO

Os termos “ maior parte do tempo sentado ou deitado”, “ maior parte do tempo acamado”, e “ totalmente acamado” são muito semelhantes. As pequenas diferenças estão relacionadas a itens da coluna “ auto-cuidado”. Por exemplo, “totalmente acamado” como PPS 30% é devido a profunda fraqueza ou paralisia de tal forma que o paciente não apenas não consiga sair da cama mas também não seja capaz de nenhuma atividade de auto-cuidado. A diferença entre “ maior parte do tempo sentado ou deitado” e “acamado” é proporcional à quantidade de tempo em que o paciente é capaz de sentar versus sua necessidade de deitar-se.

Deambulação reduzida caracteriza os PPSs 60 e 70%. Usando a coluna adjacente, a redução na deambulação está ligada à incapacidade de desempenhar seu trabalho normalmente, atividades em casa e “hobbies”. A pessoa ainda é capaz de caminhar e transferir-se sozinho, mas, com PPS de 60%, necessita assistência ocasional.

2 - ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA

“Alguma evidência de doença”, “doença significativa” e “doença extensa” referem-se a características físicas e clínicas que evidenciam graus de progressão. Por exemplo, em câncer de mama, uma recidiva local poderia implicar em “ alguma evidência de doença”, uma ou duas metástases no pulmão ou ossos poderia implicar em “doença significativa”,

enquanto múltiplas metástases em pulmão, ossos, fígado, cérebro, hipercalemia e outras complicações importantes poderiam caracterizar “doença extensa”. A extensão pode também se referir a progressão da doença a despeito dos tratamentos. Na AIDS, “alguma evidência de doença” poderia significar a transição de HIV para AIDS, “doença significativa” implicaria progressão no declínio físico, sintomas novos ou de manuseio difícil e baixas contagens Cd4\CD8. “Doença extensa” refere-se a uma ou mais complicações graves com ou sem a continuidade do uso de antiretrovirais, antibióticos, etc.

A extensão da doença é também avaliada no contexto da habilidade de manutenção das atividades de trabalho e hobbies. Declínio na atividade pode significar, por exemplo, que a pessoa ainda joga golf mas reduz seu jogo de 18 para 9 buracos, ou somente 3, ou ao seu “handicap”. Pessoas que gostem de andar reduzirão gradualmente a distância percorrida, embora possam continuar tentando andar, as vezes até no período próximo da morte. (Ex : tentando andar nos corredores).

3 - Auto-cuidado

“Assistência ocasional” significa que na maioria do tempo os pacientes são capazes de transferir-se para fora do leito, caminhar, tomar banho, ir ao banheiro e comer por si só, mas que ocasionalmente (talvez uma vez ao dia ou poucas vezes na semana) requeiram pequena assistência.

“Assistência considerável” significa que regularmente, todos os dias, o paciente necessita de ajuda, em geral de uma pessoa, para desempenhar algumas atividades citadas acima. Por exemplo, a pessoa necessita ajuda para ir ao banho mas é capaz de escovar seus dentes ou pelo menos lavar suas mãos e rosto. Os alimentos precisarão, com frequência, ser cortados mas o paciente é capaz de comê-los como quiser.

“Assistência quase completa” é uma extensão de “considerável”. Usando o exemplo acima, o paciente agora necessita ajuda para levantar-se e também para levar seu rosto e escovar os dentes, mas em geral pode comer sozinho ou com ajuda mínima. Isto pode variar de acordo com a fadiga que apresente durante o dia.

“Dependência completa” significa que o paciente é totalmente incapaz de comer sem ajuda, ir ao banheiro ou realizar qualquer auto-cuidado. Dependendo da situação clínica, o paciente pode ou não mastigar e engolir o alimento preparado e servido a ele(a).

4 - Ingestão

Mudanças na ingestão alimentar são fáceis de compreender. “Ingestão normal” se refere aos hábitos normais de alimentação da pessoa enquanto sadia. “Ingestão reduzida” significa qualquer redução nesse padrão e é muito variável de acordo com as circunstâncias individuais. “Ingestão limitadas a colheradas” refere-se a quantidades muito pequenas, em geral pastosa ou líquida, que estão bem abaixo das necessidades nutricionais.

5 - Nível de Consciência

“Completo” implica em estado de alerta total e orientação com boas habilidades cognitivas em vários domínios de pensamento, memória etc. “Confusão” é usado para descrever a presença de delírio ou demência e é um nível de consciência reduzido. Pode ser leve, moderado ou grave e como várias possibilidades etiológicas. “Sonolência” implica em fadiga, efeito colateral de drogas, delírio ou proximidade da morte e é às vezes incluído no conceito de estupor. “Coma” nesse contexto é a ausência de resposta a estímulo físico ou verbal; alguns reflexos podem ou não estar presentes. A profundidade do coma pode flutuar ao longo das 24h do dia.

A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) é de autoria da “ Victoria Hospice Society” e substitui a primeira EDCP publicada em 1996 [J Pall Care 9(4):26-32]. Ela não pode ser alterada ou usada de nenhuma forma diferente da orientada e descrita aqui. Ela pode ser usada por Serviços após o reconhecimento apropriado. Disponível em formato PDF eletrônico sob pedido pelo e-mail edu.hospice@viha.ca. Correspondências devem ser enviadas ao Director Education and Research, Victoria Hospice Society, 1952 Bay Street, Victoria BC, V8R 1J8, Canada.

We would like to thank Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho for their translation. Dr. Maciel may be contacted as well as Victoria Hospice.

Maria Goretti Sales Maciel
Medical Director Palliative Care Service
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Rua Pedro de Toledo 1800, Vila Clementino, São Paulo
CEP: 04039.000 SP – Brasil.
e-mail: macielmg@uol.com.br