UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

LUIZA WATANABE DAL BEN

**DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA: PERCEPÇÃO DE GERENTES E
ENFERMEIRAS**

São Paulo

2005

LUIZA WATANABE DAL BEN

**DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA: PERCEPÇÃO DE GERENTES E
ENFERMEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone
Gaidzinski

São Paulo

2005

Catalogação na publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da EEUSP

Dal Ben, Luiza Watanabe

Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras. / Luiza Watanabe Dal Ben. – São Paulo: L. W. Dal Ben; 2005.
169 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Raquel Rapone Gaidzinski

1. Administração de serviços de enfermagem 2. Administração de recursos humanos (Enfermagem) 3. Cuidados domiciliares de saúde 4. Enfermagem no lar. I. Título.

Dedicatória

*Ao Tiziano, Alberto e Priscila pelo
amor, incentivo e compreensão em todos
os momentos.*

Agradecimento Especial

*A Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski,
pelas orientações seguras e abrangentes, incentivo,
carinho, dedicação, amizade e seriedade na condução
desta pesquisa.*

Muito Obrigada!

Agradecimentos

A Deus pela nossa existência;

Aos gerentes e enfermeiras especialistas em assistência domiciliar, por aceitarem e disponibilizarem seus depoimentos nesta pesquisa;

Aos administradores dos hospitais e instituições, ao permitirem que a coleta de dados fosse possível;

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Fernanda Maria Togeiro Tugulin, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, pelas contribuições e sugestões durante o exame de qualificação;

A enfermeira Marcia Braz, pela valiosa contribuição nesta investigação;

Aos Doutores Josier Villar e Ari Bolonhesi, pela credibilidade facilitando a realização deste estudo;

A todos os professores e colegas, pelo apoio, amizade e conhecimentos transmitidos no decorrer das disciplinas de pós-graduação;

A todos do Grupo Dal Ben Home Care, que sempre discutiram a prática da assistência domiciliar, incentivaram-me, compreenderam e supriram minhas ausências com atenção e dedicação;

A todos os funcionários, da Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta", da Escola de Enfermagem da USP;

A Vera Lúcia Machado, pelo trabalho em campo e Cidinha pelo auxílio no envio das correspondências;

A todos os colegas e amigos que direta e indiretamente contribuíram, proporcionando-me uma palavra de apoio e incentivo para meu crescimento como pesquisadora.

A todos, muito obrigada !!!

Dal Ben LW. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivos: reconhecer nos discursos de gerentes e enfermeiras que atuam em assistência domiciliária (AD), na cidade de São Paulo, a identificação dos critérios utilizados para dimensionar o pessoal de enfermagem nesse tipo de assistência e propor um modelo que norteie o dimensionamento desse profissional. O estudo apoiou-se no método qualitativo, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisados pelo processo de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). As questões norteadoras foram a descrição da indicação de um paciente para AD e como planejam o pessoal de enfermagem. Participaram do estudo 48 profissionais de 24 instituições, sendo 24 gerentes e 24 enfermeiras responsáveis pela enfermagem. Destes, oito eram do setor público e 40 do privado. A média do tempo de experiência em AD dos gerentes foi de 11,83 e das enfermeiras, 6,94 anos. Todos os discursos foram submetidos à análise interpretativa, evidenciando a construção de três categorias: a elegibilidade do paciente, o tempo despendido na assistência e o perfil profissional. A primeira categoria constituiu-se dos critérios de indicação do paciente que, na maioria, são de competência do médico do hospital, posteriormente, avaliados pelo médico da AD. A enfermeira e a assistente social verificam a viabilidade da prestação de serviço. A estabilidade clínica e a presença do cuidador familiar são um dos principais pré-requisitos de elegibilidade do paciente, para todos os serviços independente de recurso financeiro. As condições adequadas de moradia, sua localização e redução dos custos hospitalares são componentes para eleição do paciente. O grau de dependência dos cuidados de enfermagem foi apontado pelos entrevistados como determinante para a classificação do paciente ao tipo de modalidade de AD, monitoramento, atendimento e internação domiciliária e consistiu na segunda categoria. A terceira categoria foi

o perfil profissional, fator essencial no dimensionamento do pessoal de enfermagem em AD. As enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam via cooperativa, precisam agir com postura adequada no ambiente do paciente e seus familiares, e a qualidade de prestação de serviços está intimamente relacionada à presença de supervisão, orientação e direção da enfermeira. A identificação dessas categorias possibilitou vislumbrar um caminho para proposição de um modelo, para dimensionar o pessoal de enfermagem domiciliar e transformar dados intuitivos em cientificamente embasados.

Palavras-chave: administração de serviços de enfermagem; dimensionamento de pessoal de enfermagem; cuidados domiciliares de saúde; administração de recursos humanos (enfermagem); enfermagem no lar

Dal Ben LW. Dimensioning of nursing staff in home care: managers and nurses' perception. . [PhD] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

ABSTRACT

Dimensioning of nursing staff in home care: managers and nurses' perception

The present research aimed to: recognize on discourses from managers and nurses who work with home care (HC) at the city of Sao Paulo, the identification of frameworks used for dimensioning the nursing staff in this kind of care and propose a model to guide the dimensioning of this professional. The study was based on the qualitative method; data was collected by semi-structured interviews and analyzed by the process of content analysis, according to Bardin (1977). The guiding questions were the description of indication of a patient to HC and how they plan nursing staff. Forty-eight professionals from 24 facilities attended the study, in which 24 were managers and 24 were nurses responsible for nursing. From these, 8 were from public setting and 40 from private. The average time of experience in HC for managers was 11.83 years and nurses 6.94. All discourses were submitted to interpretation analysis, becoming evident the creation of 3 categories: the patient eligibility, time spent in care and the professional profile. The first category was constituted of criteria for patient indication in which, most of the time, are the responsibility of the physician in the hospital, and subsequently, (s)he will be evaluated by the physician from HC. The nurse and social worker verify the feasibility of service delivery. The clinical stability and the presence of the family caretaker are one of the main requirements of patient eligibility for all services regardless of financial resources. The adequate housing conditions, its location and hospital cost reduction are components for patient election. The dependence degree of nursing care was pointed out by the respondents as determining for patient classification to the type of modality of HC, monitoring, attendance and home commitment and it consisted of the second category. The

third category was the professional profile, essential factor on dimensioning of nursing staff in HC. Nurses, nursing technicians and auxiliaries who work via cooperative, need to act with adequate posture in the patient and his/her relatives' environment, and service delivery quality is closely connected to the presence of supervision, orientation and guidance by the nurse. The identification of these categories made it possible to glimpse a way for proposing a model, dimensioning the nursing home care staff and changing intuitive data into scientific-based ones.

Key words: Nursing service management; dimensioning of nursing staff; health home care; human resources management (nursing); nursing at home.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
A trajetória da pesquisadora no delineamento do problema	16
Início das atividades em assistência domiciliária e a busca do conhecimento.....	19
2 OBJETIVOS.....	27
3 CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	28
3.1 Assistência domiciliária no contexto internacional.....	28
3.2 Assistência domiciliária no contexto do Brasil.....	31
4 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	39
4.1 <i>INTERMEDIATE TISS - therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients</i> TISS–Intermediário, segundo Dal Ben (2000).....	39
4.2 Instrumentos das associações de assistência domiciliária (AD) - ABEMID e NEAD	45
4.3 Instrumento da “FONDATION DES SERVICES D’AIDE ET DE SOINS À DOMICILE”	54
4.4 Método Home Health Care Classification System (HHCC), segundo Saba (1991).....	56
4.5 Outros métodos	58
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
5.1 A escolha da trajetória metodológica.....	60
5.2 Local e colaboradores da pesquisa	61
5.3 Questões éticas da pesquisa	61

5.4 Coleta de dados.....	62
5.4.1 O Trabalho de campo, registro e organização dos dados	64
5.5 Análise dos dados	66
5.5.1 Análise temática: descrição da operacionalização	67
6 CONSTRUINDO OS RESULTADOS	70
6.1 Análise das entrevistas	70
6.1.1 Caracterização dos colaboradores	70
6.1.2 As categorias temáticas	72
6.1.2.1 Elegibilidade do paciente	73
6.1.2.1.1 Estabilidade clínica do paciente	77
6.1.2.1.2 Condições de moradia e ou regionalidade	81
6.1.2.1.3 Presença do cuidador.....	85
6.1.2.1.4 Redução do custo hospitalar.....	91
6.1.2.2 Tempo despendido na assistência domiciliária.....	95
6.1.2.3 Perfil Profissional.....	109
6.2 Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária (AD): proposta de modelo	120
6.2.1 Identificação da carga média de trabalho diária na assistência domiciliária (AD)	121
6.2.2 Determinação da proporção da categoria profissional da enfermagem.....	123
6.2.3 Jornada de trabalho da equipe de enfermagem.....	123
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
8 REFERÊNCIAS	133
9 ANEXOS	141

Lista de Figuras e Tabelas

- Figura 1** – Instrumento para dimensionar horas diárias de enfermagem domiciliária, com os itens acrescentados ao TISS-Intermediário (em destaque), segundo Dal Ben, 2000a. 41
- Figura 2** – Tipos de intervenções de enfermagem identificadas no paciente e o número de horas diárias de assistência de enfermagem domiciliária, segundo instrumento para dimensionar horas diárias de AD, Dal Ben, 2000a. 45
- Figura 3** – Tabela de avaliação de complexidade assistencial – Fonte: ABEMID, 2004. 47
- Figura 4** – Tabela de avaliação socioambiental - Fonte: ABEMID, 2004 49
- Figura 5** - Tabela de avaliação para internação domiciliar – Fonte: NEAD, 2004. 52
- Figura 6** – Tabela de manutenção em internação domiciliar –Fonte: NEAD, 2004. 53
- Tabela 1**- Comparação dos indicadores (AIH pagas, taxa de hospitalização, tempo médio de permanência, índice de hospitalização e custo) com as três faixas etárias (0-14, 15-59 e acima de 60 anos). SUS, 1997... 93

Lista de Abreviaturas

AD – Assistência Domiciliária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABEMID – Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliária

ABRAHHCARE – Associação Brasileira de Home Health Care

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIAD – Congresso Interdisciplinar de Assistência Domiciliar

CFM – Conselho Federal de Medicina

CLT – Consolidação de Leis Trabalhistas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

EMAD – Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar

HHCC – Home Health Care Classification System

HU/USP – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

IST – Índice de Segurança Técnica

MIF – Medida de Independência Funcional

NANDA – North American Nursing Diagnoses Association

NEAD – Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar

NIC – Nursing Interventions Classification

OARS – Older Americans Resources and Services

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROIID – Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar

PAD – Programa de Atendimento Domiciliar

PSF – Programa de Saúde da Família

SAD – Serviços de Assistência Domiciliar

SOBEHC – Sociedade Brasileira de Enfermagem Home Care

SOBRECEN – Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem

SIBRAD – Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TISS – Intermediate - Therapeutic Intervention Scoring System for non
– ICU patients

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da pesquisadora no delineamento do problema

A temática dimensionamento de pessoal de enfermagem vem me acompanhando desde 1978. Inicialmente, como enfermeira, ocupando o cargo de supervisora em uma unidade de tratamento intensivo de um hospital privado, buscava ser justa na distribuição da carga de trabalho à equipe de enfermagem, adequando o perfil de habilidades técnicas do profissional às necessidades assistenciais dos pacientes.

Recordo-me que era considerada pela equipe de trabalho, como a enfermeira que atrapalhava a rotina de trabalho da enfermagem, porque permitia a entrada de visitas de familiares aos pacientes, independente e além dos horários preestabelecidos pela instituição. Posteriormente, nesse mesmo hospital, a partir de 1985, trabalhei em educação continuada com as áreas de recrutamento, seleção, treinamento inicial de integração, desenvolvimento de habilidades técnicas da equipe de enfermagem e alocação de pessoal.

Esta vivência e a busca de exercer o SER ENFERMEIRA com mais autonomia levaram-me a abrir um consultório de enfermagem em 1991.

Assim, optei por assistir os pacientes em seu domicílio, porque percebi que seria uma área em ascensão no Brasil. Na época, foi necessário para minha aceitação, como profissional de enfermagem, nessa nova área de atuação, substituir o termo consulta de enfermagem e prescrição de enfermagem por avaliação de enfermagem e cuidados de enfermagem, respectivamente.

Os administradores de planos de saúde e as diretorias de empresas visitadas na época, muitas vezes, representadas por profissionais médicos, não entendiam e repudiavam os termos consulta e prescrição, afirmando que eram palavras privativas da prática médica.

A aceitação como enfermeira foi facilitada ao entregar a esses administradores o Código de Ética de Enfermagem e a Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto n.94.406, de 8 de junho de 1987, do Exercício Profissional de Enfermagem impresso pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), nos quais eu destacava o texto do Artigo 13º com a carta de apresentação da empresa. Segundo este artigo “Todas as atividades dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem deveriam ter a supervisão, orientação e direção do enfermeiro” (Brasil, 1986 ; Brasil, 1987).

Uma das razões que os planos de saúde referiam para não credenciarem a enfermagem, era pela assistência sem qualidade, pois haviam contratado auxiliares e atendentes de enfermagem prestando cuidados, sem a supervisão da enfermeira¹.

Em 1992, iniciou-se o reconhecimento de meu trabalho, sendo necessária a alteração dos documentos fiscais de pessoa física para jurídica, ou

¹ Enfermeira – optei pela utilização no feminino em razão da predominância do sexo feminino na profissão

seja, o consultório de enfermagem transformou-se em uma empresa, atendendo, dessa forma, a exigência para firmar os contratos de credenciamento pelas organizações para a assistência domiciliária² (AD) ou para realização de procedimentos de enfermagem em domicílio.

Entre 1992 e 1994, é interessante salientar que a maioria das empresas que me procurou, havia vivenciado situações de muita insatisfação por parte de seus clientes, com problemas de ordem ético-legal-trabalhistas, decorrentes da ausência da supervisão de uma enfermeira, relacionados em sua maioria à inadequada postura profissional dos auxiliares de enfermagem.

A partir de março de 1994, solicitei demissão do hospital, dedicando-me mais às atividades da empresa criada com a finalidade de prestar serviços especializados de enfermagem em domicílio, sob a supervisão da enfermeira, disponível 24 horas. A satisfação da prática com autonomia e responsabilidade vivenciada pelas enfermeiras era imensurável, pois eram reconhecidas profissionalmente pela assistência mais personalizada prestada aos pacientes e seus familiares. Outro fator decisivo, para continuar como empresária, foi a crença de que o modelo de AD seria crescente em nosso País.

² Domiciliária – Michaelis (1998, p.748) conceitua domiciliário (adjetivo domicílio + ário) que se faz no domicílio. Exemplo: entrega domiciliária.

Aurélio (1996, p.607) conceitua domiciliário (adjetivo, relativo a domicílio, feito no domicílio, feminino domiciliária), *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Ed. Nova Fronteira*.

Início das atividades em assistência domiciliária e a busca do conhecimento

Desde o começo de minha prestação de serviços, atuei na modalidade de internação domiciliária pelas características das necessidades dos pacientes que exigiam a permanência de profissionais de enfermagem por um período de 6 a 24 horas, para realização de procedimentos e cuidados de enfermagem, como extensão do tratamento hospitalar no domicílio do paciente.

O pagamento dessa prestação de serviços era efetuado pelo próprio paciente, por empresas do setor privado e pelos planos de saúde. O contrato realizado pelas empresas privadas envolvia sua obrigatoriedade em assumir os custos da assistência à saúde de seus funcionários que haviam sofrido acidentes, durante a jornada de trabalho.

Os critérios de eleição dos pacientes, adotados pelos planos de saúde, sempre estavam relacionados a um prolongado tempo de internação hospitalar, sendo em sua maioria acima de 90 dias ou, até mesmo, mais de um ano.

A mobilização familiar era de forma insistente e persistente, verbalizando seus desejos de que o paciente fosse assistido em seu lar. Era um fator determinante para obter a liberação por parte do médico-assistente e do plano de saúde.

Este aspecto histórico contribuiu, para que minha experiência fosse mais voltada à internação domiciliária.

A AD suscita o questionamento sobre a real necessidade do número de horas diárias e dos dias de assistência de enfermagem por parte dos compradores da prestação de serviços à saúde em domicílio que, com vistas aos custos, procuram limitar esse quantitativo. Minha experiência demonstra que o bom desempenho da equipe de enfermagem reflete-se diretamente na satisfação dos pacientes, de suas famílias e da equipe interdisciplinar. O desempenho da equipe de enfermagem está diretamente relacionado com a adequação do tempo de permanência do profissional de enfermagem no domicílio, de acordo com as necessidades do paciente, seu perfil pessoal e profissional; à viabilidade dos custos da assistência e à supervisão mantida pela enfermeira.

A busca por respostas para compreensão da prática de enfermagem na AD, a responsabilidade em não transgredir questões ético-legais e encontrar caminhos que me tornassem mais segura na tomada de decisões, no que se refere à determinação das horas diárias de AD de enfermagem, segundo as necessidades dos pacientes, frente aos provedores financeiros e ao sistema de medicina suplementar, mobilizaram-me a estudar o tema dimensionamento de pessoal de enfermagem na AD.

Em 2000, defendi a dissertação de mestrado, na qual traduzi à Língua Portuguesa o sistema de pontuação TISS-Intermediário, publicado por Cullen e al. (1994). Na adaptação para dimensionar a carga de trabalho na assistência de enfermagem domiciliária, utilizei a Técnica Delphi, resultando em um instrumento para dimensionar horas diárias necessárias à assistência de enfermagem domiciliária (Dal Ben, 2000a; Dal Ben, Sousa, 2004).

O estudo foi referenciado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA³ em sua Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003 - Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Assistência Domiciliar/SAD – Diretrizes Gerais; no item 5 – Recursos necessários para o SAD ao referir que este deve possuir uma equipe mínima de profissionais composta por médico, enfermeira e técnico e ou auxiliar de enfermagem e que a inclusão de outros profissionais, próprios ou terceirizados na Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar- EMAD, deve atender a necessidade de cada caso, conforme o plano de atenção.

No período de 2000 a 2001, tive o prazer de compartilhar com a Prof.^a Dr.^a Yeda Aparecida de Oliveira Duarte a coordenação e atuar como docente dos primeiro e segundo cursos de especialização da pós-graduação, *senso lato*, em “Assistência Domiciliária – *Home Care*”, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em uma perspectiva multidisciplinar.

Os momentos importantes proporcionados pela discussão teórica-prática do cuidado domiciliário e a interação com os alunos dos cursos, refletindo sua práxis em sala de aula, suas significativas experiências relativas à gestão do assistir e cuidar em domicílio, reafirmaram a importância do papel da enfermeira

e de sua equipe no processo da manutenção da qualidade da AD.

³ Publicada em Diário oficial da União em 14/10/2003. O prazo inicial de 90 dias de consulta pública foi prorrogado por mais 60 dias, através da RDC 361, de 23/12/2003. (www.anvisa.gov.br/consultapublica) - acesso em 05/05/2004.

Todos os alunos apontavam a importância dos profissionais da área de enfermagem na implementação e manutenção da qualidade da AD, referindo que a maioria das queixas de insatisfação dos pacientes, suas famílias e dos membros da equipe multiprofissional sempre envolvia a assistência deficiente da enfermagem.

O papel da enfermeira na AD é fundamental, porque é baseado na consulta de enfermagem que envolve a avaliação do estado clínico e psicossocial do paciente, inserido em sua realidade domiciliária, na qual emerge o planejamento da assistência. Quando se trata de internação domiciliária, é preciso que se conheça a estrutura do ambiente para receber o paciente, a dinâmica familiar envolvida, a previsão e a provisão de materiais, medicamentos, equipamentos necessários para cuidar com segurança, bem como adequar o perfil dos profissionais que irão atender ao paciente em domicílio.

As possibilidades do exercício da autonomia em meu desenvolvimento profissional tornaram-se mais evidentes em estágios realizados, em 1998, e, em 2001, respectivamente em Copenhagen e em Genebra, onde tive a oportunidade de acompanhar as atividades de assistência de enfermagem domiciliária das enfermeiras.

Consideradas as diferenças do sistema de saúde nesses dois países, em relação à realidade brasileira, destacam-se a autonomia com que a enfermeira desenvolve suas atividades em educação à saúde, a assistência direta

e a realização de procedimentos de enfermagem, como uma extensão do tratamento hospitalar. Desse modo, as equipes profissionais são classificadas e subdividem-se em assistência às diferentes faixas etárias, aos portadores de doenças crônicas, aos que necessitam da continuidade dos procedimentos de enfermagem, que são realizados no hospital, funcionando em atendimento no domicílio dos pacientes, com uma estrutura de atendimento de 24 horas diárias, todos os dias da semana.

O suporte de um sistema de informação permite, sobretudo, em Genebra que os dados do paciente possam ser acessados rapidamente pelo profissional da saúde nas várias instâncias da assistência prestada, ou seja, no âmbito hospitalar, ambulatorial e domicílio.

O planejamento dos cuidados da AD inicia-se, antes da alta hospitalar, coordenado por uma enfermeira com experiência intra e extra-hospitalar, o cargo de *enfermière de liason*, pode ser traduzido, como “enfermeira de enlace ou de ligação”, entre o hospital e o domicílio. Assim, uma de suas funções é identificar as necessidades do paciente e sua família e implementar encontros e reuniões dos profissionais da equipe multiprofissional, visando ao planejamento das atividades em conjunto, para que suas necessidades sejam alcançadas. Além disso, o sistema permite o conhecimento da mensuração do tempo gasto nos procedimentos de enfermagem.

Em Genebra, as pessoas têm clareza de seus direitos e deveres, como cidadãos associados a uma educação básica em saúde, o que reflete

diretamente no direcionamento mais assertivo às solicitações de consulta em domicílio aos profissionais oferecidos pelos serviços de AD. Na FSASD⁴ - Fondation des services d'aide et de soins à domicile, as equipes são compostas pelos profissionais: assistente social, enfermeira, terapeuta ocupacional, de cuidados de ajuda e de limpeza do domicílio, de acordo com suas necessidades básicas de saúde e de emergência. Os médicos em seus consultórios e hospitais prescrevem os cuidados e os fisioterapeutas são independentes dos serviços de AD.

Para Oguisso e Schmidt (1999), no Brasil, a AD é uma nova área de atuação à enfermeira que exige um conhecimento relacionado à responsabilidade jurídica – cível, penal, ética e profissional e suas implicações legais no exercício da enfermagem, a fim de que as decisões e ações sejam mais assertivas.

A permanência de técnicos e auxiliares de enfermagem no domicílio do paciente envolve diretamente os aspectos citados, além da responsabilidade técnica, assim, as atribuições da enfermeira, do técnico e do auxiliar de enfermagem acontecem no espaço do domicílio do paciente, um novo cenário que exige uma adequação de sua atuação profissional.

Como membro das associações de AD, tenho participado das

⁴ FSASD – Fondation des services d'aide et de soins à domicile, Manual: Aide et soins à domicile – De vous à nous – Genève/Service information-communication FSASD, fsasd@ge-ariane.ch

discussões sobre os critérios de elegibilidade dos pacientes para essa modalidade de assistência. Cada empresa vinculada à Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID⁵) e ao Núcleo Nacional das Empresas da Assistência Domiciliar (NEAD⁶) faz uso de instrumentos para avaliar o paciente, classificando-o em alta, média e baixa complexidades.

Na ABEMID e no NEAD, um dos aspectos discutidos refere-se à insatisfação do cliente (paciente e família) e dos membros da equipe multiprofissional, porque os objetivos traçados da assistência a ser prestada nem sempre são alcançados.

Assim, por parte dos planos de saúde e tomadores de serviços de AD, o questionamento advém em razão do quantitativo de horas de assistência implicar custos diretamente, sendo os recursos humanos o maior percentual.

A inquietação em relação à correta indicação de quantificação de horas de AD sempre esteve presente ao longo de minha trajetória profissional, o acúmulo da experiência administrativo-assistencial vivenciada durante os 16 anos de atuação na área hospitalar favoreceu meu desempenho, nessa nova prática de enfermagem. Cada paciente em seu contexto socioeconômico e familiar representa uma nova situação, que precisa ser analisada cuidadosamente, para que se possa atingir a satisfação do cliente (paciente/família), na busca da individualização do cuidar.

⁵ABEMID – Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar - www.pronep.com.br/cjp/reg_homecare.htm - acesso em 15/02/2005

⁶ NEAD – Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar – nead.saude@itelefonica.com.br

A AD é uma nova e crescente área de atuação da enfermagem; nesse sentido, o desenvolvimento desta pesquisa tem a finalidade de reconhecer nos discursos dos gerentes e enfermeiras que atuam na área, quais os critérios utilizados para dimensionar o pessoal de enfermagem.

A análise desses critérios poderá contribuir para sistematizar um modelo que possibilite estabelecer a carga de trabalho na assistência de enfermagem domiciliária.

A possibilidade de identificação dos critérios que determinem a necessidade do pessoal de enfermagem em domicílio dos pacientes poderá facilitar a comunicação entre os administradores, gerentes de empresas de AD, planos de saúde do setor privado, as enfermeiras, os pacientes e seus familiares.

Com essa possibilidade, vislumbro que as justificativas poderão deixar de ser de âmbito individual, passando a se constituírem como critérios abrangentes que possam subsidiar distintas situações.

2 OBJETIVOS

Diante do envolvimento e da importância do tema dimensionamento de pessoal de enfermagem na assistência domiciliária, sintome motivada, a realizar o presente estudo para :

- ♦ Identificar os critérios utilizados pelos gerentes e enfermeiras para dimensionar o pessoal de enfermagem na AD;
- ♦ Propor um modelo que norteie o dimensionamento de pessoal em assistência de enfermagem domiciliária.

3 CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

3.1 Assistência domiciliária no contexto internacional

Hirschfeld, Oguisso (2002) e World Health Organization (WHO) (WHO, 1999) definem a AD como a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em seus lares, com os objetivos: substituir a hospitalização repentina por necessidade aguda de cuidado, trocar uma longa internação institucional e manter os indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade.

Essas publicações citam que as pesquisas internacionais apontam a AD sempre associada a uma qualidade de vida mais elevada, como também a um melhor custo-benefício. Este último, tem sido relatado com frequência na AD, porque substitui a institucionalização de longa permanência. Para o paciente, a maior ênfase está em lhe possibilitar viver em sua comunidade, em companhia da família e amigos e desfrutar a melhor qualidade de vida possível.

A AD é, também, uma resposta para atender à demanda de pacientes portadores de doenças crônicas, com redução de exposição ao risco de infecção hospitalar, evitando a perda do convívio familiar e reinternações hospitalares, além de diminuição dos custos.

Neste sentido, Hirschfeld e Oguisso (2002) afirmam a necessidade de se considerar, como pontos básicos para uma análise da situação sobre a saúde no mundo, os aspectos relacionados à irreversibilidade da globalização; as mudanças demográficas e epidemiológicas nos próximos vinte anos, destacando

que o Brasil terá um aumento de mais de 200% em seu índice de população idosa; a dependência do paciente e o trabalho de prestação de cuidados, considerando sempre as atividades de vida diária e o emprego de alta tecnologia, possibilitando que o paciente seja transferido de uma unidade de tratamento intensivo para seu domicílio.

As autoras utilizam o termo *home care*, conforme é definido pela World Health Organization - (WHO) como a provisão de serviços de saúde por cuidadores formais e informais em domicílio. Os serviços de *home care* são classificados, como: “promoção e prevenção, terapêutica, reabilitação, cuidados de longa duração e cuidados paliativos” (WHO, 1999).

Para Hirschfeld e Oguisso (2002, p. 453), o *home care* implica que

[... no dia-a-dia é preciso tomar decisões e resolver problemas com o paciente, ou em seu nome, em relação à intervenções médicas, internação hospitalar, rotinas diárias, controle da dor e outros sintomas, além de decidir sobre o local onde a pessoa deve viver e até morrer. Nessa circunstância é necessário analisar os riscos e garantias, as despesas decorrentes, proteção contra eventuais descuidos ou maus tratos, procurando equilibrar os recursos existentes, as preferências e capacidades, tanto do paciente como do cuidador.]

Os atuais sistemas norte-americanos de AD estão fundamentados em modelos de serviços de enfermagem desenvolvidos no início do final do século XIX pela *Visiting Nursing Association* (Dieckmannn, 1997).

Atualmente, nos Estados Unidos da América (EUA) existem organizações que regulamentam a AD, tais como: *Council of Home Health*

Agencies and Community Health Services from National League for Nursing ; National Home Caring Council from National Home Care Council; National Association of Home Health Agencies ; Assembly of Outpatient and Home Care Institutions of the American Hospital Association (Dieckmannn, 1997).

Hirschfeld e Oguisso (2002) baseadas no conceito da OMS destacam oito aspectos importantes no desenvolvimento da AD (*home care*).

1º) A natureza do programa, considerando a população-alvo, o tipo de assistência 24 horas e todos os dias da semana.

2º) Os critérios para a elegibilidade dos pacientes devem incluir a idade, o tipo de doença, o grau de dependência, o relacionamento com o cuidador, o grau de apoio familiar e as condições econômicas para assumir financeiramente o custo.

3º) A avaliação dos critérios de elegibilidade deve ser em relação ao nível e ao tipo de cuidado necessário.

4º) Os benefícios que o paciente e seus familiares possam obter com a opção da assistência domiciliária, seja com a prestação de cuidados de enfermagem nas diversas modalidades de cuidado-dia ou outros específicos, orientação, aconselhamento, provisão de material e ou medicamentos prescritos, entre outros benefícios.

5º) A operacionalização do programa de assistência domiciliária pode ser em nível governamental e ou em conjunto com outras organizações ou

setor privado, contemplando o planejamento da assistência a ser prestada, a educação ou treinamento dos funcionários ou trabalhadores e o controle da garantia da qualidade.

6º) O financiamento dos serviços de assistência domiciliária pode ser obtido por meio de impostos ou um sistema de seguro ou previdência social e excetuando-se essas possibilidades, o usuário terá de arcar com os custos de seu próprio bolso.

7º) A cobertura dos serviços inclui a necessidade de estimar a parcela da população que irá precisar de assistência domiciliária, a localização desses serviços, abrangendo tanto a área urbana como a rural, as categorias de doenças, a idade da população-alvo e os níveis de dependência ou incapacidade dos possíveis pacientes.

8º) O cálculo do custo implica o custo total, o custo-hora, a proporção de trabalhadores pagos ou voluntários, o custo da educação, dos medicamentos, dos materiais e do transporte.

3.2 Assistência domiciliária no contexto do Brasil

No Brasil, Duarte e Diogo (2000) consideram cinco fatores que justificam o crescimento da AD: mudanças demográficas, com o crescente envelhecimento populacional; os custos que, no sistema hospitalar, são cada vez mais expressivos; o avanço do aparato tecnológico que possibilita a evolução e o

prolongamento do tratamento de pacientes que sobrevivem a múltiplos traumas, além da simplificação dos equipamentos que permite ao paciente ter continuidade da assistência em seu domicílio; o interesse e aceitação por parte dos profissionais e instituições como da indústria farmacêutica e o aumento da demanda por parte de pacientes e familiares.

Na modalidade do atendimento domiciliário brasileiro, o modelo de AD está sendo muito difundido e utilizado pelo Programa de Saúde da Família – PSF, desde 1991 (Ministério da Saúde, 2001a).

A partir de 1994, as primeiras equipes de saúde da família foram formadas compostas de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo incorporar outros profissionais, de acordo com a demanda populacional existente. As funções dos componentes da equipe multiprofissional são definidas na implementação de programas de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (Ministério da Saúde, 2001b).

A assistência à saúde no domicílio do paciente tem sido uma alternativa cada dia mais presente no País. O governo brasileiro regulamentou a AD por meio da Portaria GM/MS nº 1892, de 18/12/1997, considerando a internação domiciliária, ampliando as condições de atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, os requisitos ao credenciamento de hospitais e os critérios para realização da internação domiciliária pelo Sistema Único de Saúde

foram publicados na Portaria 2.416 de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde, considerando que essa modalidade proporciona a humanização do atendimento e o acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital (Brasil, 1998a).

A publicação no Diário Oficial da União em 16/04/2002 da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde, contemplando o atendimento e a internação domiciliares. (Brasil, 2002). Esta publicação define:

[...são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. O atendimento e a internação domiciliar serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão em níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.]

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que regulamenta o seguro suplementar de saúde no Brasil, não inclui em seus benefícios a AD (Brasil, 1998b).

Duarte, Diogo (2000) e Cruz (1994) definem a internação domiciliar como um modelo de assistência baseado no suporte de cuidados ao paciente, transferido do serviço de internação hospitalar para continuar a ser

tratado em casa. Assim, exige-se um acompanhamento contínuo (diário) e, às vezes, ininterrupto. No entanto, há casos em que é preciso manter cuidados de enfermagem por 24 horas. Além disso, o cliente deve contar com uma central de atendimento para solução de emergências, com médico disponível para orientar e atender às necessidades prementes.

Observa-se que, nessa modalidade, a complexidade é bastante semelhante ao hospital, em termos de recursos materiais, equipamentos e humanos. Em função disso, pode-se afirmar que cada domicílio de paciente constitui um hospital virtual, e a assistência de enfermagem é prestada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem sob a orientação das enfermeiras.

A internação domiciliária é realizada somente pela rede de serviços privada, segundo os trabalhos de Püschel (2003), Ribeiro (2004), Sportello (2003) e informações das associações de assistência domiciliária, como a Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar - ABEMID e o Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar - NEAD.

Para a enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem Seção São Paulo – COREN-SP publicou, em 1999, a Decisão COREN-SP-DIR/006/99, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN em Decisão nº 005/2000 (COREN-SP, 1999).

Posteriormente, a Resolução COFEN nº 270 de 18 abril de 2002 aprovou a regulamentação das empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar-*home care*, definindo a necessidade de ter enfermeira, como

responsável técnico pela coordenação das atividades de enfermagem e uma enfermeira responsável por turno (COFEN, 2002). Como membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem (SOBRECEN), colaborei com a presidente Ana Lúcia Queiroz Bezerra na emissão de parecer ao COREN-SP sobre como deveria compor uma regulamentação que direcionasse as atividades desenvolvidas em AD que proporcionassem qualidade e segurança na assistência aos paciente e seus familiares do ponto de vista da assistência de enfermagem. Estas sugestões foram amplamente copiladas pelo COREN-SP em sua Decisão nº 006/99.

A Resolução COFEN nº 267/ 2001 dispõe sobre as atividades de enfermagem em Domicílio - Home care e define por "Enfermagem em Domicílio - Home Care" a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio (COFEN, 2001).

Esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal da profissional Enfermeira. As atividades de enfermagem estão previstas em níveis de menor, média e alta complexidade, sendo da competência privativa da enfermeira dessa área as funções de assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa.

A existência de regulamentação por parte dos órgãos fiscalizadores como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002) e o Conselho Federal de Medicina – CFM são recentes (CFM, 2003).

A Resolução COFEN nº 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para

o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados, estabelece o quantiquantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem à cobertura assistencial nas instituições de saúde. Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas, acrescido do índice de segurança técnica (IST) (COFEN, 2004).

Embora se possa entender os assemelhados, essa Resolução não contempla o dimensionamento do pessoal de enfermagem aos ambulatorios e em assistência domiciliária. Em minha prática, são atendidos pacientes em cuidados intermediários, semi-intensivos e intensivos se comparados à assistência hospitalar. Esta realidade permite-me inferir questionamentos, quanto à indicação das horas mínimas de assistência e a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, segundo o tipo de cuidado em domicílio do paciente.

O Conselho Federal de Medicina apresentou a Resolução CFM nº 1668, em 7 de maio de 2003 que dispõe normas técnicas necessárias à assistência domiciliária de pacientes, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas e a interface multiprofissional, ou seja, as equipes terceirizadas (CFM, 2003).

A Resolução determina que o médico é o coordenador das equipes terceirizadas e o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por esse regime de internação e pela manutenção da condição

clínica dos mesmos, como também define que, para o funcionamento das empresas públicas e privadas prestadoras de internação domiciliar, a relação máxima de pacientes internados para cada médico responsável não deve exceder de 15 pacientes (CFM, 2003).

Diante da Resolução do CFM, preocupa-me se as enfermeiras serão cerceadas em suas decisões quanto às atividades de enfermagem que são de sua responsabilidade.

No Brasil, as associações de AD esforçam-se na tentativa de reconhecimento, fortalecimento e regulamentação da prática da modalidade de AD. Em julho de 1995, a primeira a ser criada foi a Associação Brasileira de *Home Health Care* (ABRAHHCARE⁷) que congrega empresas prestadoras de serviços de AD e fornecedores de medicamentos, materiais e equipamentos (Pescaroli, 2002). Em 1997, a ABEMID surgiu e, em 2003, havia 40 empresas associadas (Vilar 2001, 2003).

Em fevereiro de 2000, foi fundada a Sociedade Brasileira de Enfermagem em *Home Care* (SOBEHC⁸) com o objetivo de desenvolver profissionais de enfermagem na prestação de serviços em domicílio.

Em 2003, foi criado o Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD).

⁷ ABRAHHCARE – Associação Brasileira de Home Health Care - www.abrahcare.org.br – acesso em 15/02/2005

⁸ SOBEHC – Sociedade Brasileira de Enfermagem Home Care - www.abesenacional.com.br/outras.html - 15/05/2005

Como membro representante de uma empresa privada e associada à ABEMID e ao NEAD, participei da elaboração de parecer para a Associação Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA na Consulta Pública nº 81/2003 sobre o Regulamento Técnico que normatiza o funcionamento de serviços que prestam AD.

4 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

Conforme Gaidzinski (1994):

o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossocio-espirituais do paciente.

A partir da década de 60 do século XX, as literaturas internacional e nacional têm apresentado inúmeros SCP como fundamentação da carga de trabalho em enfermagem, sobretudo para pacientes internados em hospitais.

No entanto, estudos sobre sistemas para classificação dos pacientes na área de AD são recentes.

4.1 INTERMEDIATE TISS - therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients , TISS – Intermediário, segundo Dal Ben (2000)

Em 2000, o instrumento *Intermediate TISS - therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients*, apresentado por Cullen, Nemeskal e Zaslavsky (1994), como referido na introdução, eu realizei sua adaptação para identificar as intervenções presentes nos pacientes atendidos

em assistência domiciliar. O instrumento é composto de 85 intervenções, distribuídas em pontuação de 1 a 4, conforme o aumento do grau de complexidade, invasividade e tempos despendidos pela enfermagem e médico (Dal Ben, 2000a; Dal Ben, Sousa, 2004).

Inicialmente, nesse estudo o instrumento foi traduzido para a Língua Portuguesa, como TISS - Intermediário e para obter o consenso de especialistas, considerados juízes, utilizei a Técnica Delphi em três etapas. Os juízes foram enfermeiras com experiência de 2 até 13 anos em AD, na cidade de São Paulo, que atuavam na determinação do quantitativo de horas diárias de assistência de enfermagem domiciliar no momento da alta hospitalar (Dal Ben, 2000a; Dal Ben, Sousa, 2004).

O resultado obtido foi um instrumento (Figura 1) composto de 104 intervenções, sendo 50 mantidas do TISS - Intermediário e 54 novas intervenções que os juízes apontaram, como importantes na determinação do tempo de assistência de enfermagem domiciliar.

As cinquenta e quatro novas intervenções foram classificadas, de acordo com os domínios propostos por *Nursing Interventions Classification* (NIC), sendo 30 de fisiológico básico, 13 de fisiológico complexo, três de comportamental, duas de domínio segurança, duas de domínio família, quatro de domínio sistema de saúde. Todas as novas intervenções apontadas são específicas da enfermagem e peculiares à assistência de enfermagem domiciliar (Dal Ben, 2000a).

Desse instrumento, 46 itens são classificados como atividades conjugadas porque permitem a execução de outras intervenções ao mesmo tempo; 58 itens são denominados atividades isoladas por não possibilitarem a execução de outras atividades concomitantes.

Nesta pesquisa, as atividades descritas são as intervenções que a enfermagem realiza no contexto domiciliário.

ATIVIDADES CONJUGADAS	
HORAS DE ENFERMAGEM	CONDIÇÃO DO PACIENTE NA ALTA HOSPITALAR
24 horas	☐ Alimentação gastroenteral ☐ Anticoagulação por via endovenosa (heparina ou dextran 40 ou dextran 70) ☐ Aplicação de escala de avaliação de nível de consciência a cada 4 horas ☐ Balanço hídrico a cada 24 horas ☐ Balanço hídrico a cada 6 ou 8 horas ☐ Digitalização iniciada nas últimas 48 horas ☐ Dispositivo para incontinência urinária (uripen) ☐ Drenos ☐ Infusão contínua de antiarrítmicos ☐ Infusão de uma (1) droga vasoativa ☐ Infusão peridural ☐ Intralipid ou Nutrição Parenteral Total por via periférica ☐ Irrigações vesicais ☐ Medidas para ajuste da família e paciente ao atendimento residencial ☐ Monitorar e adequar a alimentação, hidratação, sono e repouso ☐ Monitorização de diabético com níveis glicêmicos estáveis ☐ Monitorização de paciente com níveis glicêmicos instáveis com prescrição médica de esquema de insulina ☐ Nutrição parenteral total por cateter central ☐ Oxigenioterapia por máscara ou cateter nasal ☐ Reposição de perda excessiva de líquidos ☐ Respiração espontânea via traqueostomia com máscara ou tubo em T ☐ Sedação endovenosa contínua ou Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA) ☐ Sonda nasogástrica ou sonda de gastrostomia ☐ Sonda vesical de demora ☐ Terapia ortopédica complicada ou cuidados com paciente acamado ☐ Traqueostomia recente nas últimas 48 horas

Continua na próxima página

Continuação

	☐ Tratamento de convulsões agudas ou encefalopatia ☐ Uso de dispositivos para prevenção de escaras: colchões, placas ☐ Utilização de dois cateteres endovenosos ☐ Utilização de um cateter endovenoso ☐ Ventilação mecânica ☐ Ventilação por pressão positiva contínua (CPAP)
12 horas	☐ Estimular e auxiliar na deambulação
4 horas	☐ Diálise peritoneal crônica/ Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)
2 horas	☐ Acompanhar em consultas, tratamento e exames fora da residência ☐ Acompanhar e promover atividades lúdicas e ocupacionais
	☐ Quimioterapia endovenosa
1 hora	☐ Aminofilina ou teofilina por via endovenosa ☐ Avaliação, organização e adaptação do ambiente residencial ☐ Infusão de hemoderivado (albumina humana) ☐ Uso de um antibiótico por via endovenosa ☐ Uso de mais de um antibiótico por via endovenosa
30 minutos	☐ Exposição ao sol
10 minutos	☐ Aplicação de calor e frio
5 minutos	☐ Anticoagulação oral ☐ Terapia ortopédica simples ou cuidados com gesso
ATIVIDADES ISOLADAS	
HORAS DE ENFERMAGEM	CONDIÇÃO DO PACIENTE NA ALTA HOSPITALAR
3 horas	☐ Acompanhar a transferência do paciente do hospital para casa
2 horas	☐ Orientação aos familiares (cuidadores) ou paciente para o autocuidado ☐ Processo de enfermagem: avaliação e prescrição ☐ Suprir déficit de conhecimento sobre doença ou tratamento
1 hora	☐ Cuidados e orientação para pacientes portadores de ostomias ☐ Drenagem de abscesso ☐ Enterocisma, enema, medicação por via retal ☐ Limpeza concorrente
30 minutos	☐ Auxílio para alimentação oral ☐ Banho em cadeira higiênica ☐ Banho no leito ☐ Cuidados com as unhas dos pés e das mãos ☐ Efetuar prescrições ou orientações de outros profissionais (fono, fisio, etc.) ☐ Espirometria ou exercícios respiratórios estimulados ☐ Fisioterapia respiratória com duração inferior a 5 minutos ☐ Passagem de intracath e outros cateteres ☐ Retirada de fecaloma ☐ Debridamento de feridas
20 minutos	☐ Banho assistido de chuveiro ☐ Passagem de sonda vesical ☐ Port-a-cath: punção e cuidados
15 minutos	☐ Diurético endovenoso; início diurético oral ou mudança de diurético endovenoso para via oral

Continua na próxima página

Continuação

	☐ Medicação endovenosa programada de horário ☐ Medicação (ões) não programada(s) por via endovenosa ☐ Movimentação ativa e passiva ☐ Passagem de SNE ou gástrica ☐ Quimioterapia por outras vias (não EV) ☐ Troca de cânula de traqueostomia ☐ Uso de instrumentos ou equipamentos para a comunicação com o paciente
10 minutos	☐ Aspiração endotraqueal freqüente (> 6 x a cada 6 ou 8 horas) ☐ Aspiração endotraqueal (> 2 x a cada 6 ou 8 horas) ☐ Auxiliar na transferência da cama para a cadeira e vice-versa ☐ Barba ☐ Coleta de exames laboratoriais (exclui culturas e exames freqüentes) ☐ Coleta de amostras múltiplas para análise bacteriológica para investigação de quadro infeccioso (deve incluir sangue) ☐ Coletas de amostras múltiplas para análise bioquímica (> 1 a cada 6 ou 8 horas) ☐ Cultura de escarro, ferida ou outras ☐ Cuidados com traqueostomia ☐ Hidratação e lubrificação da pele ☐ Lavagem de cabeça no leito ☐ Massagem de conforto ☐ Medidas para contenção de movimento (Quatro pontos de restrições) ☐ Retirada de pontos de sutura ☐ Sessão formal de fisioterapia respiratória com duração superior a 5 minutos ☐ Trocas de curativos simples ☐ Trocas freqüentes de curativos ☐ Troca de roupa de cama
5 minutos	☐ Aplicação de medicamentos tópicos, por via oral e IM ☐ Mensuração, avaliação e registro horário dos sinais vitais ☐ Mensuração, avaliação e registro horário dos sinais vitais a cada 2 ou 4 horas ☐ Mensuração, avaliação e registro horário dos sinais vitais a cada 6 ou 8 horas ☐ Higiene íntima após as eliminações ☐ Higiene ocular ☐ Higiene oral ☐ Mudança de decúbito ☐ Pesar o paciente ☐ Preparo de dieta a ser administrada por SNE/SNG ☐ Troca de fraldas

FIGURA 1- Instrumento para dimensionar horas diárias de enfermagem domiciliar, com os itens acrescentados ao TISS-Intermediário (em destaque), segundo Dal Ben, 2000a.

Nesse estudo, as enfermeiras especialistas, denominadas, juízes, do total de 46 intervenções consideradas conjugadas, apontaram 32 intervenções, como, moda de tempo estimado 1.440 minutos ou 24 horas, estas são

intervenções com convergência de 100% das respostas dos juízes. Das 14 intervenções restantes, uma obteve a moda do tempo em 720 minutos (12 horas), nove apresentaram entre 1 e 4 horas e quatro menos do que 60 minutos (Dal Ben 2000a; Dal Ben , Sousa, 2004).

Das cinquenta e oito intervenções, consideradas isoladas, oito tiveram a moda de tempo de execução estimada entre 1 e 3 horas. Em todas as demais atividades isoladas, preponderaram as indicações de menos de 60 minutos (Dal Ben, 2000a; Dal Ben , Sousa, 2004).

A presença de intervenções isoladas e conjugadas que demandam menos de 24 horas de assistência, requerem da enfermeira julgamento para optar por um somatório de tempo ou manutenção de maior tempo estimado.

Dal Ben (2000a); Dal Ben, Sousa (2004) propõem operacionalizar o uso do instrumento final apresentado na conclusão do estudo, avaliando o paciente, registrando os tipos de intervenções presentes e considerando as indicações quanto ao número de horas diárias de assistência de enfermagem, conforme apresentação na Figura 2.

TIPO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Nº DE HORAS DIÁRIAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA
Intervenção (ões) conjugada (s)	24 horas
Intervenção (ões) isolada (s)	Somatório dos tempos estimados
Intervenção (ões) conjugada (s) < 24 horas	Maior tempo estimado nas intervenções presentes
Intervenção (ões) conjugada (s) < 24 horas + intervenção (ões) isolada(s)	Somatório ou maior tempo nas Intervenções presentes

Figura 2 – Tipos de intervenções de enfermagem identificadas no paciente e o número de horas diárias de assistência de enfermagem domiciliar, segundo instrumento para dimensionar horas diárias de AD, Dal Ben, 2000a.

Cabe destacar que este instrumento de classificação foi projetado para a determinação de tempo de permanência da equipe de enfermagem na AD no momento da alta hospitalar. No período, de transição do hospital ao domicílio do paciente, as questões relacionadas à esfera biológica prevalecem em relação às áreas psicossociais do paciente e da dinâmica de sua família.

Além disso, é necessário ressaltar que, conforme o paciente e a família ajustam-se no enfrentamento ao novo estilo de vida, e ou se recuperam, ocorre a alteração da necessidade da quantidade de horas diárias de assistência de enfermagem.

4.2 Instrumentos das associações de assistência domiciliar (AD) - ABEMID e NEAD

A ABEMID recomenda a todas as empresas associadas o emprego

dos instrumentos: Tabela de avaliação de complexidade assistencial – ABEMID (Figura 3) e da Tabela de avaliação socioambiental – ABEMID (Figura 4) para a classificação dos pacientes. Esses instrumentos têm sido empregados sobretudo por uma das empresas líderes pela fundação da ABEMID, que possui sedes na cidade do Rio de Janeiro e em São Paulo. Estas tabelas são aceitas pelos planos de saúde do setor privado que ao classificarem os pacientes em alta complexidade, não geram muitos questionamentos por parte dos auditores dos planos de saúde. A autora possui a autorização do presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar para divulgar nesta tese, as tabelas utilizadas pela associação.

A classificação dos pacientes, em alta complexidade, apontada na tabela ABEMID, como acima de 19 pontos e 24 horas de assistência de enfermagem, pelo alto grau de dependência de cuidados, refere-se a pacientes que necessitam dos mesmos aparatos utilizados durante sua internação hospitalar em unidades de cuidados intensivos e semi-intensivos. Assim, ao serem transferidos ao domicílio precisam durante sua internação domiciliar do mesmo quantitativo de 24 horas de assistência de enfermagem e de uma equipe multiprofissional.

Os questionamentos por parte dos auditores dos planos de saúde do setor privado, e por não haver evidências clínicas de classificação em média e baixa complexidade dos pacientes, geram desconforto nos gestores das empresas de AD, envolvendo diretamente o quantitativo de horas de assistência de enfermagem necessárias.

Entretanto, a empresa líder da ABEMID refere não ocorrer a mesma credibilidade por parte dos tomadores de serviços, quando se trata de pacientes com necessidades de vigilância contínua ou um quantitativo de menos horas de assistência de enfermagem. A busca corroborou para o desenvolvimento de um instrumento para mensurar os aspectos relacionados ao ambiente sociofamiliar apresentado na Figura 4 que está sendo submetido à apreciação da ABEMID para sua validação clínica pelas empresas associadas.

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID⁹

Efetuada em: ____/____/____		
Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento – 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento – 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento – 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos Atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração Vias Aéreas Superiores.	3
	Acesso Venoso Profundo Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5

Continua na próxima página

⁹ Divulgação autorizada pelo presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar.

Continuação

Quimioterapia	Oral	1
	Subcutânea	3
	Intravenosa	5
	Intratecal	5
Suporte ventilatório	O ² Intermitente	2
	O ² Contínuo	3
	Ventilação Mecânica Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisioterapia / Fonoaudiologia / Etc. Sessões Diárias	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Íleo	3
	Nutrição Parenteral Total	5

Classificação dos Pacientes

Total:

Inferior a 7 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar
De 8 à 12 pontos	Baixa Complexidade
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade

Ao obter um escore 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade

Ao obter dois ou mais escores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade

Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos

Assinatura e carimbo:

Data:

Observações:**I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:**1- Entende-se por **paciente independente** aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem-treinado2- Entende-se por **parcialmente dependente**, aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:*Continua na próxima página*

Continuação

a) Somente se mobiliza do leito com ajuda de terceiros.

b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.

c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.

d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.

3- Entende-se por **totalmente dependente**, aquele que:

a) apresentam-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com três ou mais intervenções diárias.

b) apresenta-se inconsciente / comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado à necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.

c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.

d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P.O.

II) Quanto à Classificação:

a) Se o somatório de pontos **obtidos for menor ou igual a sete pontos**, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar.

b) Se o somatório de pontos obtidos **for de 8 a 12 pontos**, o paciente será considerado de Baixa Complexidade

c) Se o somatório de pontos obtidos **for de 13 a 18 pontos**, o paciente será considerado de Médica Complexidade

d) Se o somatório de pontos obtidos **for igual ou superior a 19 pontos**, o paciente será considerado de Alta Complexidade

e) Ao obter uma pontuação cinco, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade.

f) Ao obter dois **ou mais pontuações cinco**, o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).

Obs.1 – Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados à coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, **SEMPRE** prevalecendo o item de **MAIOR** pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE.

Obs.2 – Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h.

Obs.3 – Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h.

Figura 3 – Tabela de avaliação de complexidade assistencial – Fonte: ABEMID, 2004

TABELA DE AVALIAÇÃO SÓCIO-AMBIENTAL - ABEMID¹⁰**1) AVALIAÇÃO SOCIAL**

Critérios		Pontuação
A) Estrutura Familiar:		
a)	Núcleo familiar não identificado e sem condições de estruturação do cuidado	0

Continua na próxima página

¹⁰ Divulgação autorizada pelo presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar.

Continuação

b)	Núcleo familiar não identificado mas com condições de estruturação do cuidado	2
c)	Núcleo familiar identificado, apóia a ID, mas não deseja assumir o cuidado	5
d)	Núcleo familiar identificado, apóia a ID, e responsabiliza-se pelo cuidado	10

B) Consentimento e Participação Familiar

a)	Família não aceita a desospitalização	0
b)	Família aceita a ID, mas resiste por dificuldades financeiras e estruturais	2
c)	Família aceita a ID, mas resiste por insegurança com o processo	5
d)	Família apóia integralmente a desospitalização	10

C) Identificação e Treinamento do Cuidador

a)	Não aceita "Cuidador" (familiar ou profissional)	0
b)	Aceita "Cuidador" mas não tem recursos para assumir	2
c)	Aceita "Cuidador" e familiar assumirá o cuidado	2
d)	Aceita "Cuidador" e financiará o trabalho o "Cuidador"	10

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE

1) Somatório dos itens A+B+C atinge 0 e 6 pontos:	Pacientes NÃO elegível para ID
2) Somatório dos itens A+B+C atinge 7 a 15 pontos:	Paciente é elegível com rigoroso acompanhamento e orientação familiar
3) Somatório dos itens A+B+C atinge 16 ou mais pontos:	Paciente totalmente elegível para ID

2) AVALIAÇÃO AMBIENTAL

Crerios	Pontuação
----------------	------------------

A) Espaço Físico

a)	Residência não possui cômulo específico para receber o paciente	0
b)	Residência possui cômulo inadequado e com limitadas condições de reestruturação	2
c)	Residência possui cômulo específico, mas necessita de reformas simples para sua adequação	5
d)	Residência possui cômulo totalmente adequado para receber o paciente	10

B) Acesso Físico

a)	Residência sem elevador e a escada não permite subir a maca	0
b)	Residência sem elevador mas a escada permite subir a maca	5
c)	Residência com elevador e sem dificuldade de acesso	10

C) Segurança e Meio Ambiente

a)	Freqüente falta de água	Não recomendável ID
b)	Freqüente falta de luz	Não recomendável ID
c)	Esgoto não ligado à rede pública	Não recomendável ID
d)	Local considerado de alto risco de segurança	Não recomendável ID

Continua na próxima página

Continuação

e)	Distante mais de 100 Km da Central de Atendimento	Não recomendável ID
f)	Ausência de telefone no local da ID	Não recomendável ID
INTERPRETAÇÃO DO ESCORE		
1) Somatório dos itens A+B entre 0 e 2 pontos		Paciente NÃO elegível para ID
2) Somatório dos itens A+B entre 3 e 7 pontos		Paciente elegível condicionalmente
3) Somatório dos itens A+B acima de 8 pontos		Paciente totalmente elegível para ID
OBS: A identificação de qualquer item de segurança e meio ambiente, leva a condição de elegibilidade para condicional até que o problema identificado seja equacionado.		

Figura 4 – Tabela de avaliação socioambiental - Fonte: ABEMID, 2004

Outros sistemas de classificação de pacientes em AD estão sendo adotados por uma das empresas que liderou a formação do NEAD. Os instrumentos apresentam pontuações distribuídas por grupos de indicadores, que de acordo com o quantitativo de pontos, classificam o paciente para avaliar a sua indicação para internação domiciliar (Figura 5) de acordo com o quantitativo de horas de assistência de enfermagem (visitas, 6, 12 e 24 horas) ou a manutenção do paciente em internação domiciliar (Figura 6). Da mesma forma que a ABEMID, o NEAD também está solicitando que as empresas associadas validem clinicamente os instrumentos. A autora possui a autorização do presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi para divulgar nesta tese, as tabelas utilizadas pelo núcleo.

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR - NEAD¹¹

Paciente: _____

Convênio: _____

GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
Internações no último		Alimentação		Secreção Pulmonar	
. 0-1 internação	0	. sem auxílio	0	. ausente	0
. 2-3 internação	1	. assistida	1	. pequena/moderada	1
. mais de 3 interações	2	. por sonda	2	. abundante	2
		. por cateter	3		
Tempo desta Internação		Curativos		Drenos/Cateteres/Estomias	
. menos de 10 dias	0	. ausentes ou simples	0	. ausentes	0
. 10 - 30 dias	1	. médios	1	. presente c/ família	1
. mais de 30 dias	2	. grandes	2	. presente c/família inapta	2
		. complexos	3		
Deambulação		Nível de Consciência		Medicações	
. sem auxílio	0	. consciente e calmo	0	. VO ou SNE	0
. com auxílio	1	. consciente e agitado	1	. IM ou SC 1 ou 2xdia	1
. não deambula	2	. confuso	2	. IM ou SC mais 2xdia	2
		. comatoso	3	. EV 1 ou 2 x dia	3
Plegias		SUBTOTAL 2 (x2)		. EV mais 2 x dia	4
. ausentes	0			Quadro Clínico	
. pres. c/ adaptação	1			. estável	0
. pres. s/ adaptação	2			. instabilidade parcial	1
				. instável	2
Eliminações		Totais	Programa	Padrão Respiratório	
. sem auxílio	0	< 8	sem indicação Int. Domiciliar	. eupnéico	0
. com auxílio ou sonda	1	8 a 15	I.D. c/ visitas de enfermagem	. períodos de dispnéia	1
. sem controle esfíncteres	2	16 a 20	I.D. c/ até 6h de enfermagem	. dispnéia constante	2
. sondagem intermitente	3	21 a 30	I.D. c/ até 12h de enfermagem	. períodos de apnéia	3
		> 30	I.D. c/ ate 24h de enfermagem		
Estado Nutricional				Dependência de O2	
. eutrófico	0			. ausente	0
. emagrecido	1			. parcial (resp. esp.)	1
. caquético	2			. contínua (resp. esp.)	2
				. ventilação mecânica interm.	3
Higiene				. vent. mecânica contínua	4
. sem auxílio	0				
. com auxílio	1				
. dependente	2				
SUBTOTAL 1 (x1)		TOTAL 1+2+3		SUBTOTAL 3 (x3)	

Obs. _____

Conclusão: _____

Figura 5 - Tabela de avaliação para internação domiciliar – Fonte: NEAD, 2004¹¹ Divulgação autorizada pelo presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi

TABELA DE MANUTENÇÃO EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR - NEAD¹²

Paciente: _____

Convênio: _____

	Datas das Avaliações						
	/	/	/	/	/	/	/
Quadro Clínico							
. estável	0						
. não estável	2						
Aspirações Traqueais							
. ausentes	0						
. até três aspirações	1						
. três a seis aspirações	2						
. mais de seis aspirações	4						
Sondas/Drenos/Cateteres/Estomias							
. ausentes	0						
. presença com família apta	1						
. presença sem família apta	2						
Procedimentos Técnicos Invasivos							
. ausentes	0						
. 1 x dia	1						
. 2 x dia	2						
. 3 x dia	3						
. 4 x dia	4						
. mais de 4 x ao dia	5						
Padrão Respiratório							
. eupnéico	0						
. períodos de dispnéia	1						
. dispnéia constante	2						
. períodos de apnéia	3						
Dependência de O2							
. ausentes	0						
. parcial	1						
. contínua	2						
. ventilação não invasiva	3						
. ventilação invasiva intermitente	4						
. ventilação invasiva contínua	5						
Curativos							
. ausentes ou simples	0						
. pequenos	1						
. médios	2						
. grandes/múltiplos	3						
TOTAL (x3)							

Pontuação Total

< 6	Programação de Alta em
06 a 15	Manter com até 06 h ou visitas
16 a 24	Manter com até 12 h
> 24	Manter com mais de 12 h

OBS: _____

Figura 6 – Tabela de manutenção em internação domiciliar –Fonte: NEAD, 2004¹² Divulgação autorizada pelo presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi

As figuras nº 3, 4, 5 e 6 apresentam intervenções presentes nos pacientes que demandam cuidados de enfermagem, demonstrando que existe um movimento para se provar a necessidade de classificar o paciente para o dimensionamento de pessoal de enfermagem domiciliar.

4.3 Instrumento da “FONDATION DES SERVICES D’AIDE ET DE SOINS À DOMICILE”

Em Genebra, a “FONDATION DES SERVICES D’AIDE ET DE SOINS À DOMICILE”, a partir de 2004, utiliza um catálogo de prestação e tratamento que direciona a prática profissional de cuidados de ajuda em domicílio. Para cada procedimento, há um código, uma descrição do que consiste o cuidado de ajuda a ser ministrado ao paciente, a frequência em que é oferecido se semanal ou mensal, e a mensuração do tempo previsto para execução dos cuidados é apresentada em minutos. Por exemplo, a realização de banho completo do paciente no leito recebe o código 101, e os passos são: o preparo do banho e a retirada da roupa, banhar o cliente, aplicar uma loção protetora de pele, vestir o cliente, pentear os cabelos e refazer o leito. O procedimento tem a cobertura do seguro de saúde do governo (LAMAL), uma vez por dia em todos os dias da semana, o tempo despendido é de 40 minutos. (Anexo I)

Na modalidade de assistência domiciliar apresentada nesse país, inexistente a internação domiciliar como praticada no Brasil. A necessidade de atendimento em domicílio sempre é avaliada pela enfermeira, que determina a

freqüência dos cuidados prestados, podendo ser superior a cinco vezes por dia sem a permanência do profissional de enfermagem em domicílio do paciente. A realização de cuidados de enfermagem é pontual e é provida pelo próprio sistema médico-social (Institut Suisse Santé Publique, 1996).

Assim, os cuidados em domicílio são classificados, como cuidados de enfermagem, cuidados básicos e cuidados de ajuda em domicílio, sendo tais cuidados classificados em ações sociais, ações familiares e outras prestações de cuidados (Institut Suisse Santé Publique, 1996).

Os cuidados básicos são realizados por profissionais com conhecimentos obtidos de formação básica, semelhantes ao técnico de enfermagem do Brasil.

Os cuidados de ajuda em domicílio são oferecidos, em especial, aos idosos e incluem a estrutura de manutenção das atividades de vida diária todos os dias da semana e, atualmente, está sendo estendido a 24 horas por dia. O serviço é coordenado por um administrador que faz a escala dos profissionais que atuam nessa prestação de serviços.

Cabe lembrar que é competência dos enfermeiros orientarem somente os familiares e os pacientes em técnicas exclusivas de enfermagem, sendo proibida essa prática a pessoas contratadas pelas famílias que utilizarão desse conhecimento para fins empregatícios.

Ao se comparar o tempo despendido aos cuidados de enfermagem no catálogo utilizado em Genebra com o TISS-Intermediário adaptado por Dal Ben (2000a) e Dal Ben, Sousa (2004), observa-se que o tempo é semelhante.

4.4 Método Home Health Care Classification System (HHCC), segundo Saba (1991)

Outro método para acessar e classificar pacientes, a fim de determinar os recursos necessários para fornecer serviço de atendimento domiciliário à população com seguro saúde Medicare (USA) e que, inclui os resultados do cuidado prestado, é a classificação do cuidado em saúde domiciliar de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem - Home Health Care Classification System (HHCC).

Esta classificação foi conduzida por Saba (1991) na Escola de Enfermagem de Georgetown University e, foi traduzida ao português por Heimar F Marin. Apesar de não ser um método de classificação de pacientes em assistência domiciliar, contribui com a identificação das atividades desenvolvidas em assistência domiciliar, auxiliando no cotidiano da prática da AD.

Nessa pesquisa, os dados foram coletados de uma amostra nacional de 646 agências de serviço domiciliário (totalizando 8.961 casos, desde a admissão até a alta), randomicamente, estratificada pelo tamanho da equipe,

tipo de propriedade e localização geográfica. No total, foram 40.361 diagnósticos de enfermagem e ou problemas do paciente, incluindo o resultado de sua alta . O esquema de codificação dos diagnósticos de enfermagem em saúde domiciliar consistiu em 145 diagnósticos de enfermagem em cuidado domiciliar, sendo 50 categorias principais e 95 subcategorias. A lista de 104 diagnósticos de enfermagem referendada pela *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA para uso clínico foi adaptada, revisada e expandida para incluir as novas categorias diagnósticas de enfermagem em cuidado domiciliário.

A inclusão dos dados de cada diagnóstico de enfermagem justifica, também, esse adicional. Para codificar o objetivo e ou resultado esperado do cuidado domiciliário, foram usadas as seguintes condições: a) melhorado (as condições do paciente mudaram e melhoraram); b) estabilizado (as condições do paciente não mudaram nem necessitaram de futuros cuidados); c) deteriorado (as condições do paciente mudaram e pioraram) (Saba, 1991).

As intervenções de enfermagem são definidas como ação de enfermagem, tratamento, procedimento ou atividade designada a atingir um resultado para o diagnóstico médico ou de enfermagem, pelo qual a enfermeira é responsável (Saba, 1991).

Inicialmente, os serviços de pacientes têm origem de ordem médica e são revisados por uma enfermeira que realizou a admissão do paciente, pois juntos estabelecem um plano de cuidados que inclui as intervenções de enfermagem. As descrições, quanto ao tipo de ação de enfermagem para cada

intervenção, foram, respectivamente : a) avaliar (assessment) o dado coletado e analisar o estado de saúde; b) cuidado direto é o desempenho de ação terapêutica; c) ensinar é prover conhecimento e habilidade; d) gerenciamento é coordenar e encaminhar (Saba, 1991).

Cada componente de enfermagem é definido como um conjunto de elementos que representa o padrão funcional, comportamental ou fisiológico do cuidado de saúde em domicílio, relatando um padrão único da prática clínica de enfermagem em saúde comunitária (Saba, 1991).

4.5 Outros métodos

Na Suíça, o grupo de estudo formado, em 1992, pelos profissionais dos cantões da Suíça Romande, Berne e Tessin, do *Institut Suisse de la Santé Publique* (ISP), definiu e publicou seu processo de investigação para mensurar a carga de trabalho nos cuidados na assistência em domicílio nos territórios citados. Nessa pesquisa, são identificadas as contribuições de instrumentos, como a Escala Katz, o Home Health Care Classification System (HHCC) e OMAHA System no processo de gestão, administração e qualidade da assistência prestada, a influência de cada escala em cada nível decisório que envolve os profissionais, a política e, conseqüentemente, as fases: planejamento, organização, produtividade e controle .

Mesquita (2002) utilizou o método Escala Katz para distinguir o grau de capacidade e incapacidade física dos pacientes portadores decorrentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Neoplasias, no momento da admissão do paciente, visando a identificação dos custos dos materiais empregados na assistência aos pacientes, no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) da cidade de Marília/SP.

O método Escala Katz avalia a evolução da autonomia e independência funcional do paciente; foi desenvolvido pelo Professor Sidney Katz e sua equipe, na Universidade de Columbia (EUA), é constituído do "*Index of independence in Activity of Daily Living*" (ADL), com o objetivo de avaliar o desempenho individual em relação às atividades básicas de vida diária (AVD) (Institut Suisse Santé Publique, 1996).

A ANVISA, em consulta pública, refere que o processo de mensuração quantitativa e qualitativa da AD deve ser praticado pelos serviços de AD. Para tanto, estabelece entre os indicadores para a avaliação da oferta das modalidades de atendimento e internação domiciliar a Medida de Incapacidade Funcional (MIF). Esse instrumento avalia o grau de solicitação dos cuidados de terceiros que o paciente de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 A escolha da trajetória metodológica

Este estudo apoiou-se no método qualitativo, uma vez que se procurou identificar os parâmetros utilizados pelos gerentes e enfermeiras, para dimensionar o pessoal de enfermagem na AD. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados pelo processo de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977).

Em sua discussão sobre a delimitação da temática a ser trabalhada em pesquisa social na área da saúde, Minayo (2004) refere que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação se não houver sido em alguma instância um problema da vida prática.

Esta pesquisa representa uma aproximação nessa direção, por apresentar o fruto da vivência da pesquisadora, atuando sobretudo em internação domiciliária. Observo que, ao longo de 13 anos, ao se deparar com um novo paciente e sua família ocorrem muitos questionamentos que geram inquietude no sentido de dar conta de todas as dimensões (assistencial, educativa, administrativa e de pesquisa) presentes no contexto do domicílio do paciente que precisam ser atendidas e que lhe assegurem a continuidade da excelência proposta.

5.2 Local e colaboradores da pesquisa

Minayo (2004, p.105) esclarece que campo de pesquisa é o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.”

Este estudo foi desenvolvido com gerentes e enfermeiras que atuam em organizações públicas ou privadas de AD e participam do processo de gestão, indicação e ou avaliação de pacientes para essa assistência, na cidade de São Paulo.

5.3 Questões éticas da pesquisa

As diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa, envolvendo seres humanos, emanadas da Resolução nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas. (Conselho Nacional de Saúde, 1996)

O projeto de investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em 24 de março de 2004. (Anexo II).

A partir dessa etapa do projeto de pesquisa, foi solicitada a autorização para entrevistar os gerentes e enfermeiras de instituições vinculadas aos hospitais públicos e privados que possuem o serviço de atendimento domiciliário localizados na cidade de São Paulo, mediante o envio de ofício aos responsáveis e presidentes. (Anexo III)

O acesso aos profissionais do setor privado foi obtido por

intermédio de solicitação às empresas vinculadas ou registradas e seus telefones para contato à Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), à Associação Brasileira de Home Health Care (ABRAHHCARE), à Sociedade Brasileira de Enfermagem em Home Care (SOBEHC), ao Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD) e às empresas inscritas no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN – SP).

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita pela entrevista semi-estruturada por uma equipe de pesquisa coordenada pela pesquisadora que, após o consentimento livre e esclarecido, agendou as entrevistas que foram realizadas em local reservado, na sede das organizações com exceção de dois profissionais que optaram por outro local de trabalho e gravadas com a permissão dos entrevistados para serem, posteriormente, transcritas. (Anexo IV e V)

A trajetória de atuação da investigadora e sua participação em jornadas, congressos, eventos e associações de AD e de enfermagem corroboram, para que seja considerada como pessoa de destaque na área. Assim, fez-se opção pela formação de uma equipe de pesquisa de campo na tentativa de reduzir o viés metodológico que contou com uma supervisora que, também, foi a entrevistadora e um grupo de transcritoras.

Para iniciar o trabalho de campo, o roteiro da entrevista semi-estruturada foi amplamente discutido com a entrevistadora, para que ela pudesse ser orientada e, conseqüentemente, compreender melhor a linguagem usada nessa modalidade de assistência à saúde.

Dessa forma, foi feito um teste-piloto com duas enfermeiras com experiência de cinco anos na área de atendimento e internação domiciliária, sendo uma delas com especialização em assistência domiciliária *Home Care*, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O cotidiano das atividades dessas enfermeiras inclui a avaliação do paciente e sua família, negociação da aprovação da AD por parte do plano de saúde do setor privado, a realização do planejamento da AD e do dimensionamento do pessoal de enfermagem.

A verificação e a análise imediata do conteúdo das primeiras entrevistas foram determinantes para continuidade assertiva da pesquisa.

A entrevista é uma estratégia na qual, intencionalmente, o pesquisador promove um recorte na experiência de vida do indivíduo, em um dado momento, em que ele vivenciou o fato que se constitui no foco do interesse do estudo.

A entrevista torna-se um instrumento privilegiado de coleta de informações às ciências sociais pelo fato da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por intermédio de um porta-voz, representações de grupos determinados, em condições históricas,

socioeconômicas e culturais específicas (Minayo 2004).

Nos resultados de uma entrevista podem ser obtidos dados objetivos e subjetivos, os dados objetivos são os que também podem ser coletados por intermédio de documentos, ao passo que os subjetivos contemplam aspectos, como: atitudes, valores e opiniões dos informantes e somente podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos (Minayo, 2004).

A seleção dos informantes entrevistados foi outro aspecto importante, considerando-se, nesse momento, a qualidade dos dados obtidos e não a questão da amostragem.

5.4.1 O Trabalho de campo, registro e organização dos dados

Em abril de 2004, teve início o trabalho de campo, pautado no contato por endereço eletrônico com a presidente do Conselho Regional de São Paulo (COREN-SP) e as associações: Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), Associação Brasileira de Home Health Care (ABRAHHCARE,) Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD, 2003) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Home Care (SOBEHC).

Assim, foi solicitada a listagem das empresas sediadas na cidade de São Paulo, registradas ou vinculadas e seus telefones para contato. Houve retorno das associações ABEMID, NEAD e do COREN-SP.

Com a listagem das empresas em mãos, foram realizados todos os

contatos, inicialmente, por telefone para a confirmação dos nomes dos responsáveis. Após esse fato, a solicitação de autorização com a descrição dos objetivos da pesquisa foi enviada para 39 instituições, por endereço eletrônico ou pelo correio, para entrevistar o gerente e a enfermeira responsável pela escala dos profissionais de enfermagem. Na correspondência, as instituições foram informadas também sobre a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a importância da contribuição na pesquisa.

Retornaram 26 instituições, correspondendo a 66,66%, mas duas desse total comunicaram seu fechamento e, por isso, não constaram do presente estudo. Apesar da repetitividade das informações, optou-se por respeitar o contato inicial e o interesse de todas as instituições, 24 no total, que participaram da pesquisa.

O trabalho de campo ocorreu no período de maio a julho de 2004.

Antes do início da entrevista, os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com base na Resolução do Comitê de Ética sobre Pesquisas e receberam uma cópia da aprovação do mesmo.

Os participantes informaram seus dados de identificação: idade, sexo, formação, tempo de formação profissional, atualização em cursos, realização de mestrado, doutorado e tempo de atuação em AD. (Anexo IV)

5.5 Análise dos dados

Para a interpretação das entrevistas, foi usada uma das técnicas de análise de conteúdo, a análise temática proposta por Minayo (2004, p.204) que constitui “uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre saúde.”

A técnica permite apreender opiniões, atitudes, valores e crenças dos indivíduos a respeito das diversas questões vivenciadas no cotidiano.

Esta forma é considerada como indispensável para afastar o perigo de uma compreensão espontânea, intuitiva, livre e reduzir o risco de gerar um material de conteúdo superficial, sobretudo, uma análise linear descritiva, ou ainda, fazer interpretações originadas de inferências destituídas de fundamentação lógica expondo, assim, a tendenciosidade pessoal da pesquisadora.

A preocupação de atribuir impropriamente, relevo a certos conteúdos da mensagem, também, acreditamos que possa ser superada com a aplicação desta técnica de análise de conteúdo.

Para Bardin (1977, p. 105):

[...o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis.]

Minayo (2004, p.209) considera que a análise temática consiste na descoberta dos núcleos de sentido contidos nas comunicações, cuja presença

ou frequência tenha significado aos sujeitos que vivenciam determinadas circunstâncias presentes em seu dia-a-dia. Outrossim, a autora afirma também que “qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.”

5.5.1 Análise temática: descrição da operacionalização

O material dos depoentes foi analisado em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise foi a etapa de organização do material, realização de leituras livres, assim, deixei-me absorver por idéias, intuições e primeiras impressões que, aos poucos, se convergiam objetiva e sistematicamente para o desenvolvimento de um plano de análise.

Esta correspondeu a um período de intuições e teve como objetivo tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, sendo feita uma “leitura flutuante” de todo o material, para o conhecimento dos textos, a compreensão do conteúdo, apreensão de um panorama geral e captação de impressões e orientação por meio de leituras e re-leituras, buscando um contacto exaustivo com os dados, até atingir a impregnação desse conteúdo.

Para a escolha dos documentos pertinentes, foram usadas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência para demarcação e destaque da importância do conjunto de elementos, dentro do

universo de documentos de análise, seguindo o que Minayo (2004) denomina de constituição do corpus.

Na segunda fase, passou-se à exploração do material, recorte dos dados e sua devida compilação de acordo com os conteúdos, com base nas unidades de significado, que são as categorias e subcategorias. Tratou-se de uma longa fase que permitiu a transformação dos dados brutos do texto em informações significativas sobre o conteúdo.

Na categorização, foi feita uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, a seguir, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos. O critério de categorização adotado foi semântico e ocorreu em duas etapas. Na primeira, os elementos foram isolados, constituindo-se em um inventário e, na segunda, os elementos foram repartidos para impor uma organização às mensagens.

Na terceira fase foi realizada o tratamento dos resultados obtidos com a categorização e interpretação.

Ao final das entrevistas, os depoentes eram convidados a tecer livremente considerações sobre a AD. Todos que se manifestaram, consideraram muito importante a temática de dimensionamento do pessoal de enfermagem em AD, referindo ser um campo novo de atuação e que o estudo contribuirá para melhor compreensão e o exercício da prática.

A leitura exaustiva foi realizada por agrupamento por categoria de responsabilidade financeira, como serviço praticado pelos setores público e

privado. Os momentos seguintes de classificação e análise dos dados englobaram várias etapas. As idéias centrais, os núcleos de sentido foram sendo identificados com um mesmo número, e após essa fase foram agrupadas as falas imbuídas de similaridade temática, em cada entrevista.

Foi também usado um recurso complementar que facilitou a identificação das categorias empíricas e, particularmente, a apreensão do significado do discurso que foi a redução do conteúdo das falas agrupadas nos respectivos núcleos, entrevista por entrevista, buscando identificar sua essência.

6 CONSTRUINDO OS RESULTADOS

Os resultados apresentados são decorrentes da análise interpretativa das entrevistas evidenciando a construção de categorias temáticas que elucidam os critérios considerados para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, pelos gerentes e enfermeiras de serviços públicos e privados na AD.

6.1 Análise das entrevistas

6.1.1 Caracterização dos colaboradores

Os colaboradores são gerentes responsáveis pela administração da instituição e enfermeiras responsáveis pelo serviço de enfermagem. No total, foram entrevistados 48 profissionais, sendo 24 na função de gerente e 24 enfermeiras. (Anexo VI e VII)

Em relação ao tipo de instituição, os colaboradores pertencem a quatro instituições do setor público e vinte do setor privado. (Anexo VI e VII)

As instituições do setor público estão distribuídas em dois hospitais gerais, e em dois hospitais especializados, um em oncologia e outro em psiquiatria.

As do setor privado estão distribuídas em duas instituições pertencentes a plano de saúde do setor privado, duas vinculadas a hospital privado, duas a tratamento de feridas, uma a nutrição, uma a realização de

procedimentos de enfermagem e transporte de paciente e as 12 restantes atendem a todos os tipos de pacientes, de acordo com os contratos com os convênios, não tendo limite de patologias ou de idade do paciente.

A idade dos gerentes está na faixa entre 35 e 62 anos, do total de 24, 12 (50%) do sexo masculino e 12 (50%) do feminino.

Desses, dez (41,66%) são médicos, seis (25%) enfermeiras, dois analistas contábeis, um nutricionista, uma psicóloga, um engenheiro, uma bióloga, um administrador e um possui curso superior incompleto.

A média do tempo de experiência, em AD, das enfermeiras gerentes foi de 11,83 anos e dos demais gerentes desta pesquisa foi de 6,94 anos.

A idade das enfermeiras gerentes variou entre 27 e 58 anos. Entre os gerentes, 22 são do sexo feminino e dois do masculino.

Em relação ao tempo de experiência, em AD, das enfermeiras responsáveis verificou-se que cinco possuem até dois anos, nove de três a cinco anos e nove acima de cinco anos.

Em minha vivência percebo que os recursos financeiros, podem influenciar no quantitativo de horas de assistência de enfermagem, e por isso a identificação da origem desses recursos nos discursos foram identificados como discursos dos serviços públicos e privados, respectivamente, com as siglas **Pb** e **Pv** (Anexo VI e Anexo VII).

Assim, o modelo de AD praticado pelo serviço público difere do setor privado por não oferecer a internação domiciliária, tornando-os nesse

aspecto distintos. O atendimento domiciliário e o monitoramento de doenças crônicas, em ambos os serviços, é praticado por uma equipe multidisciplinar.

Os discursos dos profissionais gerentes foram assinalados com a letra (G) e das enfermeiras responsáveis com a letra (E). (Anexo VI e Anexo VII)

O tempo de duração das entrevistas variou de 5 a 31 minutos e o tempo médio foi de 15,06 minutos. As entrevistas foram ouvidas várias vezes, e as transcrições lidas inúmeras vezes até a impregnação. Vários materiais tipo folder sobre a instituição foram recebidos. Este gesto é percebido como uma ação-interação no sentido de diminuir barreiras e aumentar a compreensão da realidade de trabalho.

6.1.2 As categorias temáticas

A análise interpretativa dos 48 discursos possibilitou a construção de três categorias que elucidam o contexto e os critérios considerados para dimensionar o pessoal de enfermagem pelos gerentes e enfermeiras de serviços públicos e privados na assistência domiciliária. Essas três categorias temáticas são: elegibilidade do paciente, tempo despendido na assistência e perfil profissional.

6.1.2.1 Elegibilidade do paciente

Nesta categoria, os discursos que se referem à eleição dos pacientes aos programas de AD, foram agrupados.

A indicação do paciente para AD é, na maioria dos casos, de competência do profissional médico, esta é apontada como uma condição em todos os depoimentos dos entrevistados dos setores público e privado.

Esta indicação é, posteriormente, avaliada pelo profissional médico da instituição de AD e a viabilidade da prestação do serviço é verificada pela enfermeira e pela assistente social, tanto nas instituições vinculadas ao plano de saúde do setor privado, como nas do público.

A seguir, as falas referem como se verifica o processo de indicação do paciente para a AD:

[... para indicar... todos os pacientes são avaliados por uma equipe médica da nossa empresa, essa equipe médica avalia todas as condições clínicas, condições sociais e.. outras.] G Pv 3

[... esse hospital somente atende funcionários públicos e dependentes, o paciente que é atendido na assistência domiciliar ele é encaminhado pelo médico do hospital, e deve preencher alguns requisitos que o médico do hospital já sabe... nós, também, procuramos checar ao chegar o familiar conosco.] G Pb 1

[O paciente sempre vem por intermédio de um médico. Médicos que nos conheceram durante nossa atuação profissional, ou médicos que passaram a nos conhecer a partir da constituição da empresa. Eles fazem contato diretamente conosco e pedem uma avaliação da nossa empresa para o aceite do paciente dentro do quadro de pacientes a serem atendidos. E a gente faz uma avaliação pessoal,...] G Pv 6

[Nós, aqui, na empresa recebemos as solicitações via telefone. As pessoas ligam para cá e solicitam uma avaliação do paciente... a partir

daí, essa ficha de avaliação é encaminhada para a coordenação de enfermagem e para a coordenação do serviço social.] G Pv 17

[A assistente social vai na casa, para avaliar as condições do ambiente do paciente. Após essa visita do serviço social, a família vem até a gente. E a partir dali, eu faço uma entrevista com ele também. Ele vem até o hospital, eu faço uma entrevista com a família do paciente.] E Pb 2

[... esse cliente vem por solicitação médica, então a gente faz uma avaliação desse cliente, seja em domicílio, ou no hospital,...] E Pv 13

Nos planos de saúde do setor privado, o critério de indicação é avaliado, também, pelo médico auditor que identifica nos hospitais, os pacientes e encaminha-os às empresas para avaliarem como possíveis pacientes para AD.

[...quem, na verdade, indica esses pacientes para serem avaliados para o home care, é o médico auditor que passa nos hospitais. Ele avalia a possibilidade, conversa com o médico assistente, ele faz um documento... por escrito, encaminha para a fonte pagadora, passa por análise, para ver se é viável ou não, e a fonte pagadora direciona o paciente para a gente.] E Pv 9

[Na verdade, o paciente, ele chega até nós através da solicitação do convênio, porque já há uma indicação médica] O médico assistente, que é aquele que a família escolhe para cuidar dele no hospital, solicita isso para o convênio, e o convênio encaminha para nós.] E Pv 17

[O paciente... é indicado e encaminhado pelas operadoras de saúde que contratam os nossos serviços.] G Pv 5

Em sua tese sobre a caracterização dos serviços de AD na cidade de São Paulo, Püschel (2003) conclui a entrada do paciente no programa de atendimento domiciliário em 83% é requisitada pelo médico do paciente,

seguida pelo próprio paciente ou familiar, pelo profissional de saúde não-médico e pelo médico do convênio.

Para Villar (2003), no Brasil, a admissão de um paciente em programas de AD atende a parâmetros preestabelecidos pelos seus financiadores ou pelas empresas prestadoras, modelos estes denominados critérios de elegibilidade.

Para tanto, o setor dispõe de auditores e de sistemas de informações com vistas à possibilidade de redução do tempo de permanência do paciente no hospital. Nessa atividade, os auditores especificam, quais serão os profissionais que deverão atender ao paciente em seu domicílio como, por exemplo, o médico, o fisioterapeuta, o nutricionista, entre outros; determinam, também, a quantidade de horas de assistência de enfermagem, por dia, e o período em que o paciente e seus familiares terão o suporte da equipe multiprofissional.

A captação dos pacientes para a AD, também, pode ser realizada pela enfermeira, cuja atuação é semelhante a do médico auditor do plano de saúde do setor privado, que seleciona os possíveis pacientes para AD. As enfermeiras das empresas privadas buscam identificar nos hospitais os pacientes, que estão internados por um período acima de 15 dias e que se encontram em condições de serem assistidos em seus domicílios.

[... a captação ativa nos hospitais, a enfermeira realiza visitas diárias..., de acordo com a lista dos convênios que nós somos credenciados. Ela verifica se aquele paciente tem um tempo de internação maior que quinze

dias e se ele é elegível para home care...., ela faz o contato com o médico assistente, e obtém a permissão para abordar o paciente ...] **E Pv 14**

A indicação do paciente para AD, também, pode ser feita por solicitação do próprio paciente e de sua família que contratam os serviços prestados pelas empresas do setor privado.

[Olha, o perfil é um paciente estritamente particular, aonde a necessidade vem da família, necessitando de algum apoio para o cuidar.] **G Pv 7**

[... a demanda vem do familiar.] **G Pv 10**

[... o atendimento particular, a pessoa tem conhecimento, a família tem interesse.] **E Pv 6**

[O paciente pode vir para a empresa através da indicação.... da própria família do próprio paciente...] **E Pv 9**

Pelos dados do último Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar 1998/2003 - SIBRAD¹³, e no Congresso Interdisciplinar em Assistência Domiciliar – CIAD¹⁴ 2004, verifica-se que o perfil dos pacientes assistidos em domicílio é, em sua maioria, composto de idosos, submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio e grande portes, portadores de patologias crônicas seqüelares, como as cardiovasculares, neurológicas, endócrinas, respiratórias, infecciosas e neoplásicas.

¹³ SIBRAD - Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar - www.einstein.br/relatorio_02/einstein.htm - acesso 02/06/2005

¹⁴ CIAD – 3º Congresso Interdisciplinar de Assistência Domiciliar - 2004 – www.ciad.com.br/2004/default.htm - acesso em 02/06/2005

Outros estudos indicam que são indivíduos acima de 65 anos, portadores de patologias, como os acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ou isquêmicos com seqüelas neuromotoras, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, neoplasias em fase de tratamento quimioterápico ou de suporte para casos sem possibilidades terapêuticas de cura, doenças nutricionais e metabólicas, *Diabetes Mellitus* com evolução de complicações vasculares e demais sistemas, traumatismos, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, neuropatias, prematuridade e pós-operatórios complicados Cruz (1994); Medina, Fernandes, Ghion (1999); Papaléo Netto, Tieppo (2000); Ribeiro (2004), Vilar (2003).

Os dados publicados recentemente pelas associações de empresas ABEMID e NEAD corroboram os dados do SIBRAD e do CIAD.

A análise das falas referentes à categoria que aborda a elegibilidade dos pacientes na assistência domiciliária, evidencia os seguintes critérios: a estabilidade clínica do paciente; condições de moradia e ou regionalidade; presença do cuidador e redução de custos.

6.1.2.1 Estabilidade clínica do paciente

Os entrevistados, do setor público e privado, destacam a estabilidade clínica como quesito indispensável, para que o paciente seja atendido em seu domicílio.

[Primeiramente, a estabilidade clínica, eu levo para casa o paciente que está clinicamente estável, começamos por aí, ...] E Pv 12

[Bom, o paciente para vir para assistência domiciliária, ele tem que atender critérios de elegibilidade. O primeiro critério é a estabilidade clínica, o paciente tem que estar estável do ponto de vista clínico, então, é... mesmo que ele seja uma paciente que necessite de um suporte ventilatório invasivo, ele tem que estar clinicamente estável.] E Pv 3

[... na verdade, o que nos preocupa para indicar esse paciente para assistência, é a condição clínica no momento da avaliação ,...] G Pv 3

A estabilidade clínica é apontada como consenso no meio nacional por Ribeiro (2004), como critério de admissão em Programa de Assistência Domiciliária, situações que não exigem a necessidade de unidade de terapia intensiva ou acesso rápido ao centro cirúrgico. Assim, aos portadores de patologias crônicas ou agudas que precisam de um período de cuidados continuados e especializados, para recuperação da saúde, internação hospitalar prolongada ou reinternações frequentes a AD é indicada.

Püschel (2003) refere a estabilidade clínica, como um dos três critérios de elegibilidade mais destacados.

As intervenções presentes como hemodiálise, necessidade de droga vasoativa contra-indicam o atendimento domiciliário pela instabilidade clínica do paciente.

[Se tiver droga vaso-ativa, a gente já não atende, porque aí complica um pouco até no transporte desse paciente.] G Pv 17

[... cuidados específicos... eu não vou fazer uma hemodiálise em casa, eu evito também fazer hemo-transfusões, procedimentos médicos ou

procedimentos mais complexos que o paciente precisa fica contra-indicado no nosso serviço.] E Pv 16

Os depoimentos dos entrevistados dos serviços do setor público associam a estabilidade clínica à idade dos pacientes, apontando como um dos critérios de eleição a faixa etária, acima de 60 anos.

[... são pacientes, em geral, idosos] G Pb 1

[É ... ser um paciente idoso.] E Pb 1

Em geral, as causas mais freqüentes para admissão do paciente em programas de AD são as doenças crônicas e os cuidados com indivíduos com idade superior a 65 anos Cruz (1994); Medina, Fernandes, Ghion (1999); Papaléo Netto, Tieppo (2000); Ribeiro (2004), Vilar (2003).

Leite (1995) considera que o grau de dependência dos idosos encontrados em domicílio no bairro de Mussurunga, Salvador, Bahia, exige que a visita domiciliária seja mais explorada, como metodologia na assistência de enfermagem, por ser uma atividade que proporciona a identificação dos problemas nesses pacientes.

Veras (1994) recomenda que os serviços domiciliares devem ser coordenados em estreita relação com a equipe do centro de saúde local, de forma a maximizar os serviços de saúde, porque grande parte do atendimento requerido precisa ser prestado na própria casa. Esquemas de atendimento

domiciliar podem constituir uma ajuda importante, particularmente, em áreas nas quais o tamanho da família está diminuindo, e os apoios familiares são raros.

Cruz (1994) em sua dissertação relata que, no Hospital do Servidor Público Estadual, o serviço de AD do hospital, do total de 833 pacientes acompanhados pelo programa de AD, aproximadamente, 66% da incidência de doenças correspondiam a causas neurológicas, cardiovasculares e pulmonares.

Cruz (1994) e Papaléo Netto, Tieppo (2000) citam que os critérios de elegibilidade dos pacientes em programas de AD adotados pelas organizações do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) da Clínica de Geronto-Geriátrica do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo e do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - NADI-ICHC-FMUSP- são a limitação funcional do paciente, a dependência de oxigenioterapia e a dificuldade de acesso às consultas nas dependências da clínica ou ambulatório.

Albuquerque (2001) desenvolveu sua pesquisa nessa mesma organização e mostra que houve melhora na qualidade de vida de idosos, idade média de 77 anos, portadores de doença crônica. A autora conclui que a qualidade de vida medida pela aplicação do *WHOQOL-ABREVIADO* demonstrou uma diferença significativa nos domínios físico em relação à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho. Nos demais domínios: psicológico, relações sociais e meio ambiente, não houve diferença significativa na evolução. A capacidade

funcional avaliada pela escala *Older Americans Resources and Services* - "OARS" mostrou diferenças nas atividades físicas da vida diária, indicando que os idosos ficaram mais independentes de seus cuidadores para tomar refeições, conseguir vestir-se e tirar as roupas, cuidar da aparência, locomover-se, deitar-se e levantar-se da cama, tomar banho e conseguir chegar a tempo ao banheiro.

A AD pode oferecer uma melhor qualidade de vida aos indivíduos acima de 60 anos. O estudo de Chiba (2001) avaliou a qualidade de vida em 77 pacientes idosos de um programa de oxigenioterapia domiciliária prolongada, utilizando-se do instrumento *WHOQOL-bref* em um hospital universitário, por seis meses de acompanhamento. Concluiu que os pacientes apresentaram melhora no domínio de relações sociais, redução na frequência de procura pelo atendimento em Pronto Socorro, mesmo na condição de doença progressiva e fora das possibilidades de cura terapêutica.

Para o setor privado, o paciente idoso constitui sua maior clientela; no entanto, o fator idade não é determinante da elegibilidade do paciente para AD.

6.1.2.2 Condições de moradia e ou regionalidade

As condições do domicílio constituem um aspecto importante apontado pelos entrevistados dos setores público e privado, no que se referem à estrutura e condições de saneamento básico.

[... o paciente, tem que ter uma casa em condições mínimas. para sobreviver....] E Pb 1

[A gente tem que estar vendo se na casa tem condições para estar atendendo esse paciente. Tem que ter, também, um lugar adequado, um ambiente adequado, ...] E Pv 17

[É um critério, a gente necessita de um telefone também na residência, se a gente não tiver condições desse contato, precisa ter um telefone, caso não tenha, contra-indicamos.] E Pv 15

Püschel (2003) encontrou como um dos critérios de elegibilidade, das empresas estudadas na cidade de São Paulo, as condições favoráveis do ambiente residencial, incluindo, o acesso e as condições estruturais do domicílio. Na literatura, os horários da prestação de serviços também precisam ser adequados à dinâmica da casa, quando há animais domésticos de guarda, como cães.

Ribeiro (2004) refere que a infra-estrutura domiciliar deve possuir espaço adequado para instalação do paciente e dos equipamentos necessários, e comportar a presença dos profissionais que, muitas vezes, precisam permanecer com o paciente por períodos prolongados.

Segundo Mesquita (2002) o Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) da cidade de Marília/SP adota como um dos critérios de admissão a disponibilidade de um domicílio com condições de saneamento e higiene, que possibilite o tratamento ao paciente sem maiores riscos.

Outro critério de admissão do paciente para AD, mencionado pelos depoentes, é a localização e ou regionalidade do domicílio na cidade. Este aspecto mostra-se evidente em todos os depoimentos do setor público, sendo um determinante para o atendimento ao paciente, pois é necessário que a moradia esteja na região do atendimento da instituição.

[Ser cliente do hospital ... tanto contribuinte quanto dependente quanto agregado...a situação dele vai inverter, a consulta vai até ele... é se a área que essa pessoa reside, é a área que nós também atendemos].
E Pb 1

[O paciente precisaria residir na nossa área, estipulada por sistema municipal de saúde ...] **E Pb 3**

[... a aceitação vai ser bem dentro dos nossos critérios de possibilidade de atendimento: localização, distância.] **E Pv 6**

Para Sportello (2003) um dos critérios para inserção do paciente no Programa de Atendimento Domiciliar - PAD do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) é o paciente ser usuário matriculado no hospital e pertencer à comunidade da universidade (USP) e ou à comunidade Butantã, ou matriculado nos Programas de Saúde da Família - PSFs das Unidades Básicas de Saúde - UBS dos bairros pertencentes à subprefeitura do Butantã.

O acesso dos profissionais para atuarem nos domicílios dos pacientes é apontado como relevante por implicar sua própria segurança. Nesse

aspecto, a cidade de São Paulo sofre com os problemas advindos da violência urbana.

[Em algumas situações, se for uma região de alta periculosidade em São Paulo, nós temos um pouco de receio... e, hoje, nós estamos cada vez mais olhando para isso também, a gente procura fazer isso durante o dia, também, para dar a segurança ao profissional que vai na residência.]

G Pv 20

[... tanto de moradia, como de acesso. E aí o acesso ... quando eu falo em acesso ... é a periculosidade, é transporte, é se o profissional vai ter que caminhar muito. Muitas vezes, são condomínios que o ônibus pára na porta mas até a residência tem 3 km. Então, o profissional acaba tendo que ir a pé.]

E Pv 9

Para Ribeiro (2004) a localização do domicílio do paciente deve oferecer condições de acesso aos profissionais e transporte em casos de urgência e ou emergência.

A especificidade de atuação da equipe em AD implica conhecer a rotina da família, precisando adequar o horário de atendimento da prestação de serviços, por causa do sistema de alarme no ambiente físico do domicílio.

[Como nosso paciente é particular, a escolha de horário ou de turno de trabalho fica dentro da adequação a casa. Porque há casas que têm sistema de alarme, sistema de segurança e a gente tem que compor com os horários de funcionamento da casa.]

E Pv 6

Nas empresas vinculadas ao plano de saúde do setor privado, as informações sobre as condições de moradia são de responsabilidade do próprio paciente e de sua família, não lhes cabendo a averiguação prévia.

[... as famílias nos informam, o que já têm ... cama hospitalar, ou que vai mudar as condições da sala, do mobiliário da sala, para receber o paciente ... dificilmente, nós vamos antecipadamente a casa, avaliar a casa, nós avaliamos por uma ficha que o paciente preenche no hospital, quais são as condições da casa onde ele vai ficar. Infelizmente, muitas vezes, a gente se surpreende porque as condições são realmente ruins, mas, não teriam condições outras, melhores do que aquelas, por piores que sejam.] G Pv 20

A avaliação das condições ambientais é uma etapa do planejamento da AD realizado pela enfermeira, para estruturar o espaço para permanência dos equipamentos, materiais e medicamentos a fim de receber o paciente (Dal Ben, 2000a).

6.1.2.3 Presença do cuidador

A obrigatoriedade da presença do cuidador¹⁵ familiar é um pré-requisito a todos os serviços, independente do recurso financeiro, sendo visto, como um segundo critério na eleição do paciente para AD.

¹⁵ cuidador familiar é a pessoa que possui vínculo com a família, não é contratada pela família.

[... critério é a presença do cuidador, é obrigatório a presença de um cuidador 24 horas por dia, mesmo que a assistência de enfermagem seja mantida 24 horas por dia.] E Pv 3

[... a segunda grande etapa da assistência domiciliar, é a família e o cuidador. Principalmente, nós não podemos iniciar um trabalho no domicílio, sem a presença de alguém que depois vai estar respondendo, obviamente dentro daquilo que é permitido pelos cuidados gerais desse nosso paciente, então, a base é sempre essa.] E Pv 12

[... tem que ter um cuidador para estar nos ajudando no atendimento domiciliário, porque ... não existe o atendimento domiciliário se não tiver o cuidador.] E Pv 17

[... porque a partir do momento que a gente não tem um cuidador para um paciente de assistência domiciliar, você não consegue efetivar a assistência domiciliar.] G Pv 17

[... importante é que tenha um cuidador, ter uma família que apóie e ter um cuidador responsável, porque nós não elegemos paciente que não tenha um cuidador que more junto, seja um parente, seja um amigo, então, ele tem que ter esse cuidador.] E Pb 1

Geralmente, o profissional que faz a avaliação sociofamiliar, é a assistente social, que, após a aprovação médica, identifica a disponibilidade de um cuidador familiar.

[... a assistente social vai traçar quem vai ser o cuidador, juntamente com a família, porque, às vezes, o responsável não é o cuidador...] G Pv 17

O consentimento da família para assistir o paciente em seu domicílio está presente nos depoimentos do setor privado e não aparece no setor público.

Papaléo Netto e Tieppo (2000) citam entre os critérios de elegibilidade para o ingresso do paciente no Serviço de Assistência Domiciliária (SAD) da Clínica de Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo que a família e o paciente tenham interesse em receber o atendimento em casa e a necessidade de ter um cuidador, membro da família, que se proponha a freqüentar o curso de cuidadores informais do SAD.

Na pesquisa de Püschel (2003), um dos critérios de elegibilidade de maior percentual é o desejo do paciente e seus familiares.

Esse aspecto, ainda que presente no setor público, fica mais evidente no setor privado por aflorar os direitos do consumidor pela aquisição de um plano de saúde que contemple a assistência hospitalar e ambulatorial e não a domiciliária.

[... a família tem que concordar com o atendimento domiciliar.]
G Pv 20

[... para a nossa instituição, os critérios de elegibilidade são: ... a família entender o quê significa home care, estar de acordo ...] **G Pv 7**

No setor privado, o responsável financeiro exerce um papel fundamental por efetuar a remuneração dos honorários da prestação dos serviços em AD nem sempre sendo o responsável pelos cuidados diretos ao paciente.

[... tem que ter um cuidador, que é diferente do responsável. Então, porque o cuidador é que vai efetivamente assumir os cuidados de higiene, de alimentação, de transporte ... estar junto com a equipe ali desenvolvendo um trabalho conjunto.] G Pv 9

[... a gente tem que conhecer quem vai ser o cuidador mais direto, quem vai ser o responsável, quem vai responder pelos orçamentos, enfim, a gente precisa criar esse primeiro contato ... para esse atendimento.] E Pv 6

Para as organizações vinculadas ao plano de saúde do setor privado, o cuidador familiar é importante para continuidade do tratamento hospitalar em domicílio.

[... orientação como conduzir o caso em casa, de como orientar os cuidados, e isso é a nossa função, tem que ter a figura do cuidador, um dos familiares deve ser identificado como cuidador... Esse cuidador tem que ter condição física, condição psicológica e ou emocional para cuidar deste paciente.] G Pv 20

Conforme depoimento anterior, as condições físicas e psicológicas para o exercício do papel de cuidador vêm ao encontro dos estudos de Laham (2003) e Sportello (2003).

Sportello (2003) caracteriza que a maioria das cuidadoras (81,6%) no Programa de Atendimento Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, apresenta algum problema de saúde, após assumir a função de cuidadora, como: sintomas físicos (dores lombares, cansaço e depressão) e psicológicos (sentimentos de ambivalência), demonstrando que esse repasse deve ser melhor analisado, pois mostra que a realidade das cuidadoras é bastante difícil.

As queixas de problemas musculares, ortopédicos ou de articulação, também, são apontadas no estudo de Laham (2003) que investigou as percepções de perdas e ganhos subjetivos entre os cuidadores informais de pacientes atendidos pelo serviço de assistência domiciliária – NADI – HCFMUSP.

Assim, os ganhos estão associados aos aspectos narcísicos, ao aprendizado e ao encontro de um sentido à vida; as perdas estão relacionadas à liberdade, à solidão e cansaço. A autora propõe a realização da avaliação de cada cuidador para perceber como ele está enfrentando a situação de doença e tratamento, com o objetivo de instrumentalizá-los a sofrer menos estresse e obter maior satisfação em suas atividades.

O estudo de Mesquita (2002) corrobora essa questão, pois relata que o Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília – SP (PROIID) adota como um dos critérios de admissão, a disponibilidade de um cuidador, capaz de colaborar e em condições de compreender as orientações, acompanhar o paciente e contribuir com informações sobre seu estado de saúde.

Nesse mesmo estudo, a autora refere que, embora a internação domiciliária possa ter curta duração, torna indispensável o preparo de um ou mais familiares ou pessoa indicada por esses, para dar continuidade ao tratamento ou cuidados, ao término do período de internação.

Nesse sentido, Jukemura (2002) ao caracterizar as atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar, nos segundo ao quarto dias pós-alta hospitalar e, posteriormente nos décimo e décimo segundo dias, para pacientes

submetidos à cirurgia gastrointestinal de grande porte, em um hospital no Município de São Paulo, constatou cuidadores sozinhos, indecisos e inseguros mostrando dúvidas no cuidar.

Recentemente, o desenvolvimento de pesquisas abordando o cuidador familiar tem demonstrado a importância na esfera do cuidar em enfermagem, tornando-se mais relevante, quando se trata de AD voltada a pessoas idosas.

Para Dal Ben (2000a), a satisfação do paciente e seus familiares está envolvida em contextos nem sempre identificáveis e ou controláveis pelos profissionais de saúde que atuam em AD.

Ângelo (2000) considera que as situações apresentadas exigem compreensão dos ciclos de adaptação das famílias ao novo estilo de vida do indivíduo doente.

O estudo de Perlini (2000) revela que os cuidadores familiares de pacientes incapacitados por acidente vascular cerebral (AVC) na cidade de Ijuí (RS) em domicílio têm carência de informações e falta de preparo para a alta hospitalar, destacando uma lacuna entre o cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar. A pesquisadora citada verifica que suas dificuldades estão relacionadas ao esforço físico, à desinformação, ao medo, ao constrangimento e à vergonha em lidar com o corpo fragilizado do familiar. O cuidador aprende a cuidar de forma autodidata, na prática do dia-a-dia e com base na observação e auxílio às dificuldades na realização das atividades durante a internação hospitalar.

Marques (2004) estudou famílias, usando os fundamentos teóricos dos Modelos de Calgary de avaliação de intervenção na família de pacientes idosos acometidos de acidente vascular cerebral, na cidade de Ribeirão Preto. A pesquisa revela a necessidade de atuar com a família para garantir a manutenção da pessoa idosa, após acidente vascular cerebral, inserida no contexto familiar e social e ajudar a melhorar ou manter o funcionamento da família para enfrentar a doença crônica

As faltas de equipamentos e de aparelhos adequados, como: cama hospitalar, cadeira de rodas, adaptação física da casa e de informações sobre o cuidar podem gerar ou agravar nos cuidadores problemas de saúde, como dores na coluna, no estômago e depressão, tornando a atividade desgastante e estressante (Velásquez et al., 1998).

A Política Nacional de Saúde dos Idosos dispõe que os cuidadores deverão receber atenção médica pessoal, considerando que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (Brasil, 1999).

6.1.2.4 Redução do custo hospitalar

Pelos depoimentos, observa-se que a AD constitui-se em um repasse de custos à família, como: medicamentos, nutrição e lavanderia que,

na estrutura hospitalar, são absorvidos pelo hospital, além da transferência do cuidado como uma responsabilidade familiar.

[... a família é quem arca com os custos das despesas, de medicação, curativos. Nós cuidamos, ensinamos, e depois passamos essa responsabilidade, para que eles possam continuar cuidando.] E Pv 20

Para o plano de saúde do setor privado, a AD é uma alternativa para diminuir os custos.

[... nós dividimos em nível 3, nível 4 com apoio respiratório e nível 5 que é paciente de retaguarda. São aqueles pacientes que têm AVC, são portadores de DPOC, têm problemas pulmonares, que precisam de enfermagem 24 horas, mas, não necessitam de todo aparato que é fornecido no nível 4. Então esse nível 5 é um nível que a gente chama de retaguarda e, é mais barato, tanto para o convênio e para nós, também.] G Pv 1

Nesse aspecto, o estudo de Ribeiro (2004) corrobora com o programa de *home care* do plano médico de saúde de uma empresa do setor privado, relatando que a redução de custos da AD varia de 10% a 80%, de acordo com os tipos de pacientes, e, em alguns casos, apresentam custos superiores aos hospitalares.

Para Mendes (2001), o quadro brasileiro vem se tornando cada vez mais propício a um modelo de assistência domiciliária pela demanda do aumento de idosos. A taxa de hospitalização de idosos acima de 60 anos é o

dobro, quando comparada com a faixa de 15 a 59 anos e o triplo se for comparada com a de 0 a 14 anos, conforme os dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Comparação dos indicadores (AIH pagas, taxa de hospitalização, tempo médio de permanência, índice de hospitalização e custo) com as três faixas etárias (0-14, 15-59 e acima de 60 anos). SUS, 1997.

Faixa etária	AIH pagas %	Taxa de hospitalização	TMP* (dias)	Índice de hospitalização	Custo médio R\$	Custo total %	População proporcional %
0-14	19,4	46	5,1	0,23	238,67	19,7	33,9
15-59	57,6	79	5,1	0,40	233,87	57,1	58,2
>60	16,3	165	6,8	1,12	334,73	23,9	7,8

*TMP – Tempo médio de permanência.

Internados de idade ignorada (3,8%), geralmente, doentes mentais que estão em nosocômios, há vários anos.

Os dados demonstrados na Tabela 1, talvez, justifiquem a necessidade da AD no sentido de otimizar o giro/leito hospitalar.

O depoimento de **G Pb 3** reforça esse aspecto.

[... basicamente a assistência domiciliar foi criada aqui no Hospital, para desafogar o hospital.] **G Pb 3**

O custo constitui um dos principais itens de elegibilidade e, geralmente, está relacionado às situações de internações hospitalares prolongadas ou múltiplas reinternações hospitalares (Cruz, 1994).

Sorensen (2003) realizou um estudo em Ribeirão Preto (SP) e reforça esse aspecto, quando refere que existem vantagens do serviço de AD

ser vinculado a um hospital privado; para o hospital, há rotatividade de leitos e ao plano de saúde do setor privado, diminuição de custos.

Estas vantagens, também, estão presentes no setor público observadas pelo depoimento da enfermeira do hospital especializado em oncologia.

[... como nosso hospital é um hospital pequeno, os pacientes não devem ficar muito tempo internados, ... a gente já indica o atendimento domiciliar.] E Pb 2

Silva (2000) realizou um estudo realizado com 49 mulheres portadoras de câncer ginecológico, atendidas na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (DGO-HE-FMTM), Uberaba/MG, constatou não haver necessidade de re-hospitalização para controle de efeitos colaterais do tratamento. Relata que a assistência de enfermagem especializada, sistematizada, integral, contínua e estendida ao domicílio minimiza as complicações associadas aos efeitos colaterais da quimioterapia antineoplásica.

Baxter (2002) fez um estudo econômico comparativo de programa de terapia nutricional enteral domiciliária em pré e pós-operatório de cirurgia digestiva em uma instituição pública. A pesquisa permitiu evidenciar uma expressiva redução nos custos envolvidos no tratamento, sobretudo pelo menor

tempo de permanência no hospital, verificados pelos custo-efetividade e custo-benefício, que otimizaram o uso do leito hospitalar.

A AD deve ser vista como a possibilidade viável de se alcançar a efetividade de um processo, tendo como consequência a redução de custos. Para tanto, o gerenciamento deve ser eficaz para garantir a qualidade à assistência prestada. A complexidade do processo e das novas tecnologias transferidas a domicílio devem ser tratadas de forma criteriosa, sistematizada, com meios de controle definidos e, com especial, foco na segurança dessa operação (Bráz, 2001a).

6.1.2.2 Tempo despendido na assistência domiciliária

Nesta análise categorial, os parâmetros para dimensionamento do pessoal de enfermagem, relatados pelos entrevistados, são baseados no tipo e na quantidade de intervenções presentes no paciente, indicando o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem.

Desse modo, relatam a utilização de instrumentos para classificar o paciente, quanto ao tipo de atendimento que será oferecido, a influência do médico do convênio na parametrização de horas de assistência de enfermagem e a influência das condições estruturais do domicílio.

A classificação do paciente está diretamente relacionada ao quantitativo de horas de assistência de enfermagem necessárias ao paciente, como se constata pelo depoimento do gerente **G Pv 1**.

[Então, nós classificamos hoje, de acordo com o número de horas de enfermagem, que é uma prática mais ou menos igual, para todos os home care. Então, temos desde o nível de 6 horas de enfermagem até 24 horas.] G Pv 1

O dimensionamento do pessoal de enfermagem domiciliária está limitado ao quantitativo de profissionais, de acordo com a realidade no depoimento da enfermeira **E Pb 4**.

[... a questão de dimensionamento de pessoas da área de enfermagem, a gente não consegue atender um número maior de pacientes. Nós somos em dois enfermeiros. A nossa assistência domiciliar não contempla outros profissionais da enfermagem como auxiliares e técnicos de enfermagem. Por conta de problemas internos da Instituição, no momento, isso não é possível, mas a gente sabe que há uma necessidade.] E Pb 4.

As condições do estado clínico do paciente são discutidas em reuniões e subsidiam o planejamento de horas de assistência de enfermagem domiciliária, abrangendo os profissionais de enfermagem, a equipe multiprofissional e família, terminando com a alta da AD, de acordo com o depoimento do gerente **G Pv 12**.

[... nós temos semanalmente reuniões assistenciais. A gente discute todos os pacientes, o que foi realizado e qual é o planejamento da próxima semana. Então isso também implica no planejamento das horas de enfermagem ... Eu posso programar uma diminuição das horas de

enfermagem a partir de dois ou três dias. Se ele não tem nenhuma alteração clínica, eu começo a trabalhar, eu estou falando eu, enquanto, enfermeira, porque eu tenho enfermeiras gerenciadoras internas aqui, e eu começo a trabalhar a família, auxiliar de enfermagem, para a diminuição dessa prestação da assistência das horas de enfermagem. Até a alta do paciente.] G Pv 12

A escala dos profissionais de enfermagem está diretamente relacionada, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, o que difere diametralmente com a escala realizada em instituições hospitalares submetidas ao regime da Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT).

[Então, a partir do momento que eu tenho uma solicitação, um pedido, esse pedido, muitas vezes, ele vai demandar uma montagem de uma equipe de internação, que vai requerer, normalmente, quatro auxiliares e um quinto como folguista. Então, tem uma enfermeira supervisora em cada região de São Paulo. E essa enfermeira ... os auxiliares autônomos, eles se reportam à essa enfermeira supervisora da região. Assim, como a gente também trabalha com uma equipe que tem condições de fazer atendimento. com horas a mais, 12 horas de enfermagem, 8 horas de enfermagem, seis horas. E a gente também tem aqueles casos dos auxiliares que só têm condições de fazer, por exemplo, atendimento pontual. Então, a gente acaba trabalhando com uma carteira bem ampla. Tem auxiliar de enfermagem que tem condições de fazer um atendimento de duas horas, três horas, até aquele que está full time. Ele pode, ele tem condições de pegar plantão, tanto no dia par ou ímpar 12 horas.] E Pv 19

Os depoimentos dos entrevistados apontam a identificação do grau de dependência de cuidados de enfermagem, como imprescindível na percepção de gerentes e enfermeiras e constitui um importante critério no processo de determinação dos tipos de modalidades de AD: monitoramento, atendimento e internação domiciliar, incluindo, cuidados paliativos.

A indicação do paciente para AD em instituições públicas especializadas (psiquiatria e oncologia) ou unidade especializada (cuidados paliativos) está diretamente relacionada com a patologia apresentada pelo paciente e sua dificuldade de acesso ao hospital. O quadro de pessoal de enfermagem é fixo.

[... pacientes em programas específicos, que é o de cuidados paliativos ... que necessitam de cuidados de uma equipe especializada para acompanhar o paciente já em fase terminal de câncer...] G Pb 1

[A indicação de paciente ao nosso serviço de atendimento domiciliar, para os cuidados paliativos, ele tem que estar fora de chance terapêutica, não estar respondendo ao controle dos sintomas.] G Pb 2

[A principal indicação é: o paciente ter o transtorno psiquiátrico, que precisa de assistência em saúde mental, mas que não esteja conseguindo chegar até o Instituto de Psiquiatria, ou seja, a questão é a dificuldade de acesso, ele não consegue chegar até o ambulatório ... pela própria condição psiquiátrica.] G Pb 4

Os estudos relacionados ao quantitativo de horas de assistência de enfermagem psiquiátrica, estão voltados à área hospitalar. Martins (2001) elaborou um instrumento de classificação de pacientes psiquiátricos, baseado nas necessidades individualizadas do cuidado de enfermagem a tais pacientes, sendo o pioneiro nessa área.

Para o setor público, o paciente precisa ser portador de doença crônica, com prejuízo em sua mobilidade, caracterizando a dificuldade de acesso ao hospital.

[... ser portador de doença crônica ou alguma doença neurológica incapacitante,... que necessite de algum suporte ou algum apoio no domicílio, ou ser um paciente com prejuízo na mobilidade física ...fazem oxigenioterapia... vítimas de trauma raquimedular... teve alguma amputação, enfim,... limita sua movimentação e prejudica também a sua mobilidade.] E Pb 1

Para o setor privado, a identificação do grau de dependência dos cuidados de enfermagem está relacionada às intervenções presentes no paciente no momento de avaliação do paciente.

Os estudos de Fugulin et al (1994); Fugulin (1997);Fugulin, Gaidzinski (1999); Fugulin, Gaidzinski (2000); Fugulin (2002); Gaidzinski (1991, 1994, 1998); Perroca (1996, 2000) reforçam que o grau de dependência do doente da unidade hospitalar tem vital importância no dimensionamento do pessoal nas instituições de saúde.

Os depoimentos dos colaboradores dessa pesquisa evidenciam os aspectos relacionados ao grau de dependência dos pacientes, como também nas intervenções presentes nos pacientes, o que determina sua classificação em relação aos cuidados de enfermagem.

[... nessa primeira avaliação é determinado qual é o grau de necessidade e dependência do paciente.] E Pv 6

[É, a gente indica um paciente para AD, um paciente que tem cuidados que sejam prioridades da enfermagem: aspiração, medicação EV, medicação subcutânea, curativo de lesões, é ... ou uma sonda nasoenteral que seja para treinamento do cuidador, uma dieta por sonda ou por gastrostomia que seja para treinamento do cuidador. Essa é a indicação que a gente faz para paciente para AD.] E Pv 9

[... quantas vezes, o paciente é aspirado por dia ... precisa ter um auxiliar lá, quantas medicações endovenosas ... quais são os horários então, é em relação a esses problemas ativos, que nós computamos as horas ... calculamos a quantidade de horas de enfermagem ... precisa de um treinamento do cuidador. Então, a gente identifica mais ou menos o tempo para trabalhar esses problemas ativos que se dimensiona, esse número de horas de enfermagem.] G Pv 9

[... paciente que não anda, que tem as suas funções bastante prejudicadas, limitadas, esse é um paciente que a gente atende no programa ... pacientes com feridas e pacientes com o prognóstico já fechado é que vai para casa.] E Pv 20

Os tipos de modalidades praticados em AD relacionam-se diretamente ao quantitativo do pessoal de enfermagem. O atendimento domiciliário compreende a realização de visitas pontuais e a execução dos procedimentos de enfermagem como as orientações educativas à saúde. A internação domiciliária exige a permanência do profissional de enfermagem no mínimo de 6 horas até 24 horas no domicílio do paciente. As tabelas apresentadas, anteriormente, adotadas pelas associações ABEMID e o NEAD apresentam o mesmo parâmetro do quantitativo de horas para indicação e classificação para permanência do paciente em internação domiciliária.

O conceito de baixa e média complexidade do paciente em AD não apresenta uma uniformidade conceitual entre os prestadores de serviços.

[... baixa, alta e média complexidade. A baixa complexidade a gente coloca, como sendo aquele paciente de atendimento pontual, ... antibioticoterapia, um curativo. E aí eu tenho alta complexidade que, para mim, seria aquele paciente que ... exclusivamente estaria internando na terapia intensiva, com ventilação mecânica ...] E Pv 19

[... são clientes atualmente, de baixa e de média complexidade, onde nós atuamos, realizando o serviço de acompanhante.] E Pv 13

A outra modalidade citada pelos entrevistados é o gerenciamento e ou monitoramento de doenças crônicas ou gerenciamento e ou monitoramento de saúde com o suporte de uma central de telefone funcionando 24 horas por dia.

[... o nosso perfil de pacientes é de complexidade muito baixa até a alta complexidade ... temos o programa do monitoramento à saúde, que é aquele paciente que pode ser que ele tenha passado por home care, ou através da solicitação da nossa clientela externa, da nossa carteira, a monitorar a saúde dele. Então, é um perfil crônico, com certa idade, deve ser acompanhado quanto à alimentação, medicação, orientações de ordem geral, ou seja, necessidade de uma educação em saúde ... é um programa que está sendo muito bem aceito.] E Pv 12

A demanda de cuidados de enfermagem dos pacientes em AD aparece descrita no depoimento do gerente G Pv 18.

[Olha o perfil dos pacientes que nós atendemos, são pacientes normalmente ... pós-acidente vascular cerebral, idosos que fazem uso de terapia nutricional e que tenham demência senil. Alguns pacientes ... poli traumatizados e que vão acabar o acompanhamento em casa. Pacientes cuja solicitação é para continuidade de antibiótico em casa. Pacientes onde é necessário, somente, a visita do auxiliar de enfermagem ou do enfermeiro ... dependendo do grau de gravidade ... realização de curativos de úlceras de pressão. Pacientes que só é solicitada a presença do nutricionista para o acompanhamento nutricional e a explicação da dieta, orientação da dieta enteral, pacientes só com fisioterapia, pacientes só com fonoterapia. Então, nós, hoje atendemos todos os tipos de doentes e todos os tipos de serviço. Quer dizer, a gente pode ter um paciente, esteja só com fisioterapia, por exemplo.] G Pv 18

Outros depoimentos mencionam a relação numérica profissional por pacientes, considerando que, apenas a idade, interfere no quantitativo e não o grau de dependência desses pacientes.

Os cálculos do número de técnicos e auxiliares de enfermagem necessários baseiam-se na média de pacientes internados, multiplicando-se esse número por quatro para se obter o quantitativo de profissionais, como mostra a fala a seguir.

... [o planejamento do pessoal de enfermagem que eu realizo é baseado na média de internação domiciliar. Eu avalio, aproximadamente, quantos profissionais, nível médio, auxiliar e técnico de enfermagem que eu vou precisar para estar prestando esse serviço. Eu faço quatro vezes mais o que eu tenho na internação, mesmo que todos os meus pacientes de internação, não sejam de 24 horas de enfermagem. Então, hoje, se eu tenho uma média de internação-dia de 200 pacientes, eu tenho que ter, aproximadamente, 800 profissionais no meu banco, aguardando para serem chamados.] E P^v 3

Para o dimensionamento de enfermeiros, adota-se outra forma de cálculo, estipulam-se dez pacientes adultos para cada profissional, reduzindo para sete se for de pediatria.

[Com os enfermeiros, eu tenho uma outra dinâmica ... na equipe da pediatria, eu trabalho com uma média de sete pacientes por enfermeiro e no Home Care adulto, eu trabalho com uma média de dez pacientes por enfermeiro, variando um pouco. Então, eu tenho hoje em torno de 30 enfermeiros atuando na internação domiciliar.] E P^v 3

Os entrevistados apontam o emprego de instrumentos para a classificação do paciente, como: as prescrições médicas e de enfermagem, que são indicadores apoiados em escores que determinam o tipo de atendimento.

[... uma avaliação técnica é aplicada aos pacientes ainda internados em ambiente hospitalar e ou domiciliar. Aplica-se esse escore onde a gente classifica o paciente de alta, média, baixa complexidade, ou não indicação. Esse instrumento de avaliação ele tem a propriedade de elegibilidade ou não ao paciente no programa domiciliar.] G Pv 5

[... o paciente é avaliado pela enfermeira que baseia todos os cuidados ou faz os cálculos dos cuidados da assistência de enfermagem, dependendo do que ele tem como cuidado pela prescrição de enfermagem. Analisa a prescrição médica, e quanto tempo, baseado na prescrição médica ... quanto tempo a enfermagem vai levar para prestar e cumprir aquela prescrição médica.] E Pv 16

[Quer dizer, a nossa responsabilidade, enquanto grupo, é atender somente o que o médico pediu ...] G Pv 18

[Nós temos um formulário, então, ele é baseado em um formulário onde são feitos levantamentos das necessidades dessa pessoa, em termos dos cuidados de enfermagem. E aí é por pontuação, classifica-se em cuidados mínimos a cuidados semi-intensivos que, no nosso caso, o máximo de atendimento de grau de complexidade é só pacientes de cuidados semi-intensivos. Pacientes de nível intensivo, nós recusamos porque a empresa não tem infra-estrutura para estar atendendo esse tipo de paciente.] G Pv 10

[... existe uma avaliação dentro de quesitos, preestabelecidos. Nós chamamos de escore de elegibilidade desse paciente ... Os coordenadores de enfermagem e médicos avaliam esses pacientes para identificar, se de fato, esse paciente é um paciente admissível no atendimento domiciliar.] G Pv 14

Os critérios de dimensionamento de pessoal estão relacionados ao tempo em horas utilizado para a assistência de enfermagem, implicando diretamente no planejamento de cuidados e execução do plano terapêutico. Os

turnos de prestação de serviços de enfermagem são de 6, 12, 24 horas de atendimento. Um aspecto apontado no dimensionamento de pessoal está na composição do atendimento das expectativas do médico, da família e da própria empresa que presta os serviços de AD.

[A partir da avaliação, a gente estabelece qual seria a possibilidade de atender em turnos, que podem ser de 6 horas, de 12 ou até 24 horas de atendimento. Dependendo da complexidade desse atendimento e nesse momento da entrevista com o médico, com a família em cima da avaliação propedêutica do paciente é que a gente determina qual seria a necessidade do atendimento e dentro da nossa possibilidade se adequando à expectativa da família, também. Então, a gente determina esse quadro de funcionários em cima da necessidade do paciente, da expectativa da família e da nossa sugestão, como adequação de atendimento.] E Pv 6

Conforme Dal Ben (2000a, 2000b) e Püschel (2002) afirmam em suas pesquisas que o trabalho da enfermeira contempla a realização da consulta de enfermagem e dessa emerge o processo do planejamento de alta hospitalar dos pacientes institucionalizados com programação da extensão do tratamento hospitalar para a residência do paciente.

Dal Ben (2000a) comenta que o parecer das enfermeiras avaliadoras dos pacientes para AD nem sempre coincide com o número de horas apontadas pelos auditores dos planos de saúde, ocasionando situações conflitantes.

Esta inadequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos para atendimento das necessidades de atenção de enfermagem aos pacientes

pode levar a um comprometimento da qualidade da assistência aos clientes, com implicações ético-legais para a equipe de enfermagem e, conseqüentemente, à organização. A autora citada infere, também, que a enfermeira deve realizar a avaliação de enfermagem nas organizações que prestam assistência em domicílio, na cidade de São Paulo.

No entanto, a legislação pertinente à assistência ao paciente em seu domicílio não explicita o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem que atua nessa modalidade de assistência.

Na AD, o desempenho dos profissionais exige um consenso ainda maior entre os membros da equipe multiprofissional. Jacob Filho e Chiba (1994) salientam que a visão de interdisciplinaridade dos profissionais que trabalham nessa prestação de serviços é fundamental.

Cunha (1991); Dal Ben (2000a, 2000b); Lacerda, Zonta, Oliniski (2002); Ribeiro (1998); Saça et al. (1999); afirmam que, dentre os profissionais que atuam em AD, o papel da enfermeira destaca-se, pois é sua equipe que permanece mais tempo com o paciente e a família.

Nos estudos realizados sobre marketing de serviços, Giancesi (1994) afirma que a equipe de profissionais da linha de frente é a responsável pelos chamados "momentos de verdade". Transferindo essa questão à AD, os profissionais de enfermagem são os que mais permanecem na residência do paciente em relação aos demais. Por isso, há necessidade de se atribuir muita importância, pois a satisfação em relação à assistência prestada à família reflete

o bom desempenho dessa equipe.

Segundo Cruz (1994); Dal Ben (2000a); Ribeiro (1999) e os dados observados nos encontros científicos: CIAD/2004 e SIBRAD/2003, a inserção do paciente no programa de AD, geralmente, é precedida de uma avaliação do médico, da enfermeira e dos demais componentes da equipe interdisciplinar, quando necessário. A atuação do médico e da enfermeira constitui-se na verificação das condições do paciente e se os familiares atendem a pré-requisitos mínimos para a prestação dessa assistência.

Estes pré-requisitos incluem: a estabilidade clínica do paciente, a existência de condições residenciais favoráveis, a disponibilidade de um cuidador (familiar ou não) e a aceitação pelo paciente e sua família da transferência de acompanhamento feito no hospital para seu domicílio. Ao médico, cabe verificar se as condições clínicas do paciente são favoráveis para ser assistido em um local distante do hospital.

A compreensão dessas dimensões possibilita à enfermeira ter conhecimento e sensibilidade para planejar e implementar as intervenções de enfermagem no domicílio do cliente.

Um dos aspectos vinculados a essa satisfação está relacionado com a adequação do tempo de permanência do profissional da enfermagem na residência do paciente, proporcionando-lhe uma assistência com qualidade que somada ao acesso e aos custos compõem três fatores importantes na AD.

Ao se tratar da necessidade de procedimentos a serem executados, calcula-se o somatório do tempo necessário para a execução de cada procedimento.

O quantitativo de horas de assistência de enfermagem está diretamente relacionado à prescrição médica.

[... antibioticoterapia, que o médico já indica, a droga a ser utilizada, a periodicidade, quer dizer, você só vai na residência avaliar e executar a administração. No caso de curativos, ele dá a alta para o paciente, indicando o procedimento a ser executado.] **E Pv 4**

[... e nós temos alguns pacientes de outros procedimentos fora o tratamento de lesão, são procedimentos como infusão de medicamento, um antibiótico ou um outro tipo de medicamento ou uma assistência de enfermagem prestada a um indivíduo de baixa ou média complexidade.] **E Pv 13**

Nesse sentido, os estudos de Dal Ben (2000a, 2000b) e Dal Ben, Sousa (2004) contribuem para a identificação dessas intervenções, consideradas em sua pesquisa, como isoladas, pois não permitem a realização de outras intervenções, ao mesmo tempo, pelo mesmo profissional.

Nas empresas de AD da cidade de São Paulo, Püschel (2003) encontrou cadastrados os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e podólogos. O autor verificou que os mais absorvidos são os técnicos e auxiliares de

enfermagem, seguidos pelos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. O assistente social, normalmente, é do plano de saúde do setor privado.

O trabalho em AD caracteriza-se pela sua multidisciplinaridade e, dessa forma, os membros da equipe contemplam uma intersecção que necessita sempre ser bem compreendida. O serviço da enfermagem sofre interferência dos demais membros da equipe de assistência de saúde, pois esta assume a execução e o controle das atividades prescritas por outros profissionais, portanto, é preciso conhecer o plano de cuidados para adequar as horas de assistência.

[... quando você quantifica essas horas de enfermagem baseado num plano assistencial, que é da equipe multiprofissional como um todo.]
G Pv 12

[... a princípio o paciente é avaliado pela enfermeira ... é feita uma análise entre fisioterapia, nutrição, enfermagem, área médica, para chegar num consenso final de horas de assistência para esse paciente.]
E Pv 16

[... as visitas, na realidade, elas são de acordo com o nível quinzenal, mensal ou semanal e nós procuramos intercalar as visitas, para que paciente receba o maior número de visitas dos nossos profissionais por semana. Então, por exemplo, o médico, com a enfermeira, com a nutricionista, com a assistente social, com a nossa fisioterapeuta, ... apesar de ser um pouquinho mais complicado, você gerenciar isso e um pouquinho mais oneroso, mas você garante com que o paciente tenha um maior número de visitas dos nossos profissionais, por semana.] **G Pv 1**

[... a gente vai reduzir a dependência desse paciente da enfermagem. Então, assim.. para eu reduzir o número de horas de atendimento, eu tenho que discutir com a equipe toda. Porque tem alguns trabalhos que o restante da equipe, também, acaba passando para enfermagem ajudar a família, que a gente precisa realmente dar esse feedback para a equipe para eu poder reduzir horas de enfermagem, eu preciso da visita do

supervisor para ele checar se tem necessidade ou não, e a discussão com o restante da equipe.] G Pv 9

[Isso. É, assim, eu acho que até um dos perfis, vamos dizer assim, do profissional que concorda em trabalhar no home care, é um profissional com uma formação muito aberta ... “ porque o médico mandou, porque o fisioterapeuta quis”. Não. A gente consegue realmente ter uma equipe bastante integrada ... a gente consegue desenvolver um trabalho bem legal, com toda a equipe, tanto fono, fisio, médico. Enfim, a gente consegue desenvolver um trabalho bastante interessante, as pessoas realmente vêm já com propósito de que não são os donos da razão pela formação que teve, que vai ter que dividir isso e ceder. Mas funciona bem.] E Pv 1

A associação de empresas do setor privado NEAD menciona que os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, são médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos e assistentes sociais.

6.1.2.3 Perfil Profissional

Os depoimentos dos entrevistados apontam a política de recursos humanos, como um fator essencial no dimensionamento do pessoal de enfermagem.

A filosofia das organizações influencia diretamente no quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem em AD, seja pela demanda em qualidade da prestação de serviços, como suporte de desenvolvimento do pessoal em AD no trabalho multidisciplinar.

Fugulin (2002); Gaidzinski (1998); Laus (2003) e Perroca (2000); citam que apenas a argumentação técnica não é suficiente às enfermeiras para

negociação do quadro de pessoal de enfermagem, entretanto o domínio dessa dimensão instrumentaliza estas profissionais nas argumentações ético-políticas frente à administração das instituições de saúde.

A realidade vivenciada pelo setor público limita os recursos humanos e, muitas vezes, as atividades como se pode verificar no depoimento do gerente **G Pb 3**.

[... nós damos uma assistência que não é a ideal, por causa de problemas de recursos do hospital, então nós só temos dois médicos, uma enfermeira que não está autorizada a fazer curativo, para atender esses pacientes como consequência da doença de base, eles têm escaras de decúbito.] **G Pb 3**

O conhecimento técnico-científico do profissional também interfere no dimensionamento do pessoal em AD.

[... até com o grau de conhecimento técnico-científico que essa pessoa tem. Se for para algumas coisas, digamos mais simples, é um tipo de profissional, se for para um cuidado um pouco mais elaborado, eu preciso de um outro tipo de profissional. É, assim, que a gente tenta fazer o dimensionamento.] **E Pv 13**

A legislação do exercício profissional em enfermagem possibilita que os técnicos de enfermagem realizem os procedimentos invasivos; no entanto, a realidade vivenciada pelas empresas carece em quantidade e experiência desse profissional.

[A gente tem uma meta de até dezembro de 2005, é ter todos os nossos funcionários na área de enfermagem: técnicos. Mas, ainda, é um futuro. Atualmente, a gente tem técnicos e tem auxiliar....nós temos excelentes auxiliares de enfermagem com uma vivência muito grande e são super valorizados dentro do serviço.] G Pv 11

[... problema é que os técnicos... eles são em menor número e o grande volume hoje são inexperientes. Então, é um grande problema da gestão da escala.] G Pv 9

O dimensionamento do pessoal de enfermagem para a AD é entendido como a adequação as necessidades da família, relevando características pessoais do profissional, como o sexo, religião, hábitos como tabagismo e características de personalidade do profissional como a introspecção e extroversão.

[... então, alguns pacientes verbalizam ... ser um homem ou uma mulher, para a gente estar montando a escala e já me disseram, “não gostaria que fosse dessa religião, não gostaria que fumasse... Então, é isto que me dá o dimensionamento: conhecendo aquele paciente, sabendo das necessidades dele, e tentando conseguir da família alguns dados, eu consigo encaixar o perfil do profissional que eu preciso ... introspectiva ou extrovertida.] E Pv 13

O perfil do profissional a ser escalado pela enfermeira supervisora supera a regionalidade, primando pela qualidade da assistência, atendendo requisitos do paciente e sua família.

[Às vezes, na mesma região que o paciente mora, muitas vezes, eu preciso deslocar um profissional da zona norte para atender um paciente em Guarulhos, porque o perfil dele exige.] E Pv 13

Os depoimentos apontam a problemática dos pacientes de longa permanência em domicílio, exigindo dos enfermeiros a continuação na mesma escala de auxiliares e técnicos de enfermagem, além do problema que vivenciam pela falta de postura profissional.

[... o que os pacientes reclamam muito, é o rodízio de pessoas no domicílio, é uma queixa muito grande ... muitos entendem como invasão. querem o menor fluxo de pessoas diferentes no domicílio.] E Pv 13

A quantidade e a qualidade das intervenções presentes no paciente demandam conhecimento científico e habilidades do profissional, interferindo diretamente no dimensionamento do pessoal de enfermagem.

Andrade, Jacob Filho (2003); Cruz (1994) afirmam que a formação profissional específica para atender aos pacientes e suas famílias em suas casas é deficiente.

Ao analisarem a formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio, Angerami e Gomes (1996 p.17) mencionam que o modelo de ensino tradicional não contempla o preparo frente à realidade e à expansão do mercado. No estudo, verificam que os enfermeiros para atuarem em assistência domiciliária são preparados pelos próprios serviços, pois, sua formação é preponderante na área hospitalar, sendo mais dependentes do ato médico e, por isso, têm dificuldade no processo decisório como um profissional autônomo. Conforme as autoras, a problemática advém, também, da "visão

de mundo do profissional centrada na doença, no doente e na cura, dificultando a compreensão do novo enfoque na família e seu ambiente, na promoção da saúde e melhor qualidade de vida”.

Segundo Rhinehart e Friedman (1999), em seus estudos sobre controle de infecção em AD, os profissionais que atuam no domicílio, trazem suas experiências mais relacionadas ao ambiente hospitalar e adotam suas decisões no âmbito desse modelo.

No contexto domiciliário, o trabalho está centralizado na casa do paciente e não nas instituições de saúde. No domicílio, os conflitos entre profissionais, pacientes e seus familiares tendem a ser mais freqüentes, visto que o cotidiano e os hábitos do paciente influenciam no atendimento e, ao mesmo tempo, as atitudes entram em confronto com todo um grupo, que é a família do paciente, portadora de diferentes perfis (Rhinehart, Friedman, 1999).

A importância da formação profissional abrange o entendimento da família, conforme o da Saúde em seu guia prático do Programa de Saúde da Família traz:

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Ministério da Saúde, 2001b).

Em AD, precisa-se que a enfermeira faça uma supervisão sobre a atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O processo de seleção dos profissionais de enfermagem que atuam em AD de serviços privados é feito na cooperativa de trabalho onde as empresas mantêm contrato. A disponibilidade dos profissionais é comunicada pela cooperativa e as empresas passam sua filosofia de trabalho, muitas possuem o suporte de um serviço de educação continuada com enfermeiras e psicólogas.

[... os auxiliares e técnicos de enfermagem passam por todo o processo na cooperativa, realizam uma prova de conhecimentos específica para home care ... vêm para a minha enfermeira de educação continuada ... passa por um treinamento, antes de assumir os pacientes ele passa por um treinamento de todas as nossas rotinas, se aprovado entra no nosso cadastro.] E Pv 5

[Então, nós temos o nosso RH que é composto por uma psicóloga e uma enfermeira. A seleção de pessoal é feita através de curriculum, tem que ter um mínimo de um ano de experiência hospitalar, para ser chamado para uma entrevista. Nós exigimos que o COREN dele esteja pago, regularizado, fazemos essa pesquisa junto ao COREN ... Convocamos para uma entrevista com a psicóloga, passa por treinamento admissional com a enfermeira onde ele aprende todas as regras da empresa, como funciona o home care. A maioria deles vêm só com experiência hospitalar. Nós apresentamos o nosso prontuário para esse candidato. Falamos sobre postura, sobre ética ... a partir daí, ele começa a ter pacientes que ele vai estar sendo escalado.] E Pv 7

Nas empresas privadas, a necessidade de desenvolvimento do pessoal de enfermagem para atuação em AD está em destaque, corroborando o estudo de Angerami e Gomes (1996).

Trata-se de uma modalidade nova no País, e o domínio das habilidades técnicas desenvolvidas em ambiente hospitalar não é suficiente para um bom desempenho do profissional. As competências humanas são altamente percebidas e determinantes no processo de AD pelos familiares e pacientes, como a apresentação, pontualidade, assiduidade, educação e respeito a seus valores socioculturais.

A educação continuada em ambientes hospitalares está muito desenvolvida, seja para atualização e acompanhamento do desenvolvimento das tecnologias, como também dos profissionais.

No ambiente domiciliar, há de se elaborar estratégias para se atender a emergente necessidade do profissionalismo na área. A dificuldade maior é a clareza de limites, como profissional e como pessoa inserida no ambiente das famílias e do paciente.

O papel da educação continuada apresenta características peculiares a essa modalidade de atendimento, precisando de um monitoramento rigoroso do comportamento, das habilidades e atitudes dos profissionais, cabendo-lhes a orientação, o realocamento em cada domicílio.

[... a educação continuada faz um trabalho muito interessante, acompanha as situações dos cooperados, faz treinamento, de postura, de comportamento, de técnica. Esses profissionais estão dentro do modelo hospitalar, não sabem trabalhar dentro do contexto familiar e domiciliar... o envolvimento pessoal. Ele não sabe trabalhar com a inferência da família, ele não sabe como reagir frente a um estresse da família ou a uma resistência do paciente. Essas situações para o profissional são novas.] G P v 9

[Tem uma enfermeira de educação continuada que está ligada com as cooperativas que a gente trabalha, que fornece esses profissionais para nós ... O profissional é constantemente monitorado., se houver algum tipo de dificuldade na residência, seja comportamental ou de técnica, a enfermeira de educação continuada é acionada, ela chama esse profissional aqui, e conversa com ele, reorienta ...] **E Pv 5**

[Bom, existe dentro da empresa um programa de educação continuada, feito pelo serviço de enfermagem, coordenado pela enfermeira responsável pelo serviço ... Nós atuamos em conjunto com duas cooperativas, que nos fornecem os auxiliares ou técnicos de enfermagem, para atendimento nas residências dos pacientes. Sempre sob a supervisão semanal, no mínimo, de uma enfermeira. E, também, hoje o acompanhamento desses auxiliares torna-se muito tranquilo dentro da empresa, devido à implantação no sistema de administração de um software desenvolvido exclusivamente para a empresa, e que nos permite um acompanhamento bem de perto das atividades do auxiliar. Eu tenho já formado através das ferramentas fornecidas por este software, um banco de dados que me possibilita elencar o profissional com um perfil mais adequado para o tipo de paciente, com o perfil da família Nesses seis anos, nós pudemos ir selecionando alguns ... alguns não, vários auxiliares que passaram já a fazer parte do nosso time e, apesar de serem cooperativados, têm uma interação muito grande com a empresa.] **G Pv 16**

[... eu fico muito preocupada hoje com a formação desses profissionais. Isso é uma coisa que me incomoda demais. Como que esses profissionais são formados, porque ele realmente, ele é ... eles não estão preparados para trabalhar com essa riqueza de detalhes, que cada família tem uma maneira diferente, que a tua abordagem tem que ser a mais técnica possível, mas que você tem que ter sensibilidade para perceber o algo mais.] **G Pv 9**

O desafio da educação continuada em AD é o trabalho com a postura correta no domicílio do paciente e sua família.

[... qualquer empresa de home care trabalha numa faixa de 300 a 400 profissionais da área de enfermagem ... Eu tenho que conhecer a educação continuada dessas cooperativas, que de “prache” elas têm ... Conhecer o conteúdo desses cursos ... Home Care é muito perfil, o universo familiar, o universo domiciliar é muito próprio; então, às vezes, pessoas que são maravilhosamente bem tecnicamente, no domicílio, às

vezes, dá umas “derrapadinhas”. Então, essa coisa da postura hoje, a gente é um grande desafio, para a educação continuada, é a postura no domicílio, acho que é o nosso desafio, enquanto assistência domiciliar.]
E Pv 12

Outro desafio da educação continuada em AD é a socialização do conhecimento para a atuação correta em ambiente domiciliário, onde o comando pertence aos pacientes e seus familiares e não mais aos profissionais da saúde.

[... esse cadastro que vem pela cooperativa, a experiência em home care para eles é muito nova. Quando você põe um auxiliar ou técnico que trabalha no ambiente hospitalar. Eles lá são CLTs, então eles têm vínculo, tem benefícios, têm carteira assinada e no home care não, eles trabalham como autônomos.] **G Pv 9**

Em sua pesquisa, Ribeiro (2004) relata as principais dificuldades enfrentadas pelos serviços de AD na área de recursos humanos: a escolha do profissional adequado à exigência da família, recrutar mão-de-obra qualificada e com afinidade com a AD, qualificação dos profissionais e falta de envolvimento profissional, carência de profissionais interessados em atuar na área e no treinamento de auxiliares de enfermagem. A autora cita, também, que a existência de alta rotatividade de profissionais entre os serviços de AD, é em função dos baixos salários, busca por melhores condições de trabalho e inadequação do perfil para atuar nesse segmento.

A maioria dos profissionais de enfermagem que presta serviços em AD, no setor privado, trabalha em regime de cooperativismo. A justificativa

das associações de AD é pela sazonalidade de pacientes internados em AD, não conseguindo as empresas empregarem os profissionais em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, tornando inviável o repasse em razão dos encargos sociais.

O número de cooperativas de trabalho na área hospitalar e de clínicas da cidade de São Paulo, também, tem sido crescente.

[Então, como eles são de cooperativa, eles acabam trabalhando dentro da disponibilidade deles. Então, isso dificulta um pouco a gestão da escala mesmo.] G Pv 9

[São todos cooperativados ... Eu tenho algumas outras equipes, que é pessoa jurídica. Mas, a grande maioria é cooperativa.] G Pv 12

[... nós trabalhamos aqui, com uma cooperativa, essa cooperativa que fornece todo o pessoal de RH para o nosso serviço.] E Pv 1

[Trabalho com auxiliares, técnicos, tem as enfermeiras supervisoras por região. A instituição tem uma equipe fixa e uma equipe móvel. A equipe fixa contratada, ela é composta por médicos, pelas enfermeiras supervisoras externas e a coordenação da fisioterapia. Então, essa equipe além da administrativa que faz todo aparato interno, ela acaba sendo contratada, pela instituição, sob um regime CLT. O restante da equipe, a gente tem todos como prestadores de serviço. Então, a equipe de fisioterapia, a equipe de nutrição, a equipe de fonoaudiologia, a equipe de enfermagem são todos autônomos dentro da empresa.] E Pv 19

Para Bráz (2001b) existem três tipos de relações de trabalho em empresas de *home care*. A primeira, é uma relação entre empresas de uma pessoa jurídica para outra jurídica; a segunda, de profissionais autônomos, considera que essa relação não é uma boa opção para trabalhos habituais e rotineiros, já que a Justiça do Trabalho entende que a prestação de serviço é uma habitualidade e não uma eventualidade e a terceira, de cooperativas de

serviços, cujo contrato é feito com a organização e não com um trabalhador isoladamente, o que tem fortalecido o trabalhador e resguardado as empresas.

A necessidade de manter várias formas de relação é em função de que as atividades desse segmento não seguem uma frequência de atendimento sistematizada, a prestação de serviço pode ser eventual.

A jornada de trabalho praticada pelos profissionais de enfermagem é, geralmente, de 12 por 36 h, como autônomos vinculados à cooperativa de trabalho.

No Brasil, a cooperativa é uma alternativa ainda pouco adotada, reconhecida a partir de 1994, na qual a relação capital/trabalho tem se dado basicamente pelo vínculo empregatício, porém, atualmente, esta relação vem conquistando ampla difusão no setor de saúde.

Outro aspecto que favorece esse crescimento é o aumento do índice de desemprego no País, que levou grupos de profissionais a descobrirem nas cooperativas uma alternativa de ampliar suas chances de trabalho e melhorar seus ganhos. Para as empresas, a terceirização tem sido uma forma de otimizar e qualificar seus profissionais, aumentando os índices de produtividade e diminuindo seus custos, além de melhorar sua competitividade no mercado (Bráz, 2001b).

Daí, a importância da função dos recursos humanos que atua em AD e, em especial, em internação domiciliária, em razão de uma complexidade maior dos pacientes ali assistidos.

No contexto da assistência à saúde privada, o modelo de internação domiciliária é praticado, como concessão a seus associados e segurados, privilegiando a redução de custos que ela propicia quando comparada aos custos hospitalares e ao resgate da qualidade de vida do paciente.

Ribeiro (1999) cita que a qualidade da estrutura inicial em AD; o tipo de suporte financeiro que os pacientes e seus familiares possuem; a cobertura que o convênio dos serviços de saúde oferece ao paciente; o grau de conhecimento sobre os direitos e os deveres dos pacientes e seus familiares; as condições ambientais da residência e a localização do domicílio; a rede de suporte social existente; a necessidade da prestação de assistência de outros profissionais da saúde são importantes, além de uma análise assertiva das condições clínicas do estado do paciente.

6.2 Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária (AD): proposta de modelo

Os resultados da análise dos depoimentos dos gerentes e enfermeiras, somados à vivência na assistência a pacientes que estão no domicílio, permitem sistematizar o inter-relacionamento das variáveis que influenciam o dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem que presta AD.

Nessa perspectiva, o método para dimensionar o pessoal de enfermagem proposto por Gaidzinski; Fugulin; Castilho (2005) pode ser adaptado a essa modalidade de assistência, considerando-se as seguintes etapas:

6.2.1 Identificação da carga média de trabalho diária na assistência domiciliária (AD)

Para Gaidzinski; Fugulin; Castilho (2005), a carga de trabalho consiste no produto da quantidade média diária de pacientes/clientes assistidos, conforme o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de intervenção pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado, por cliente, de acordo com o grau de dependência ou intervenções realizadas. Ou seja:

$$C = \sum_j (n_j . h_j)$$

Onde:

C = carga de trabalho;

n_j = quantidade média diária de pacientes / clientes assistidos, conforme o grau de dependência ou o tipo de intervenções;

h_j = tempo médio diário de cuidado, conforme o grau de dependência ou

o tipo de intervenção;

j = qualquer grau de dependência ou tipo de intervenção.

A quantidade de pacientes/clientes (n_j) é determinada pela média diária de pacientes/clientes assistidos, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem ou da quantidade de intervenções prestadas.

Para tanto, sugere-se a utilização dos instrumentos de classificação de pacientes existentes na literatura, conforme apresentados anteriormente em Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária.

O tempo médio despendido no cuidado, conforme o grau de dependência do paciente e segundo os instrumentos de classificação é considerado como:

Dependência Total – 24 horas de assistência / dia / paciente

Dependência Parcial – 12 horas de assistência / dia / paciente

Dependência Moderada – 6 horas de assistência / dia / paciente

Para a modalidade atendimento domiciliário, o tempo será o somatório das intervenções a serem realizadas.

6.2.2 Determinação da proporção da categoria profissional da enfermagem

No que diz respeito à determinação do percentual de cada categoria da equipe de enfermagem (P_k), Gaidzinski (1998) ressalta que esta varia, de acordo com o significado atribuído à assistência de enfermagem e com a disponibilidade do mercado de trabalho. Portanto, após a identificação da carga de trabalho é necessário distinguir qual a proporção da carga de trabalho que caberá a categoria enfermeira e técnico/auxiliar de enfermagem.

6.2.3 Jornada de trabalho da equipe de enfermagem

A jornada de trabalho praticada pelos profissionais de enfermagem, é, geralmente, 12 por 36 h, como autônomos vinculados às cooperativas de trabalho.

De acordo com Gaidzinski (1998), desde os primeiros estudos sobre o trabalho, considera-se que os trabalhadores não sejam produtivos, igualmente, em todo o tempo do turno de trabalho, por realizarem uma série de atividades não diretamente relacionadas às suas tarefas profissionais, como: atendimento de suas necessidades fisiológicas; períodos de descanso; trocas de informações não ligadas ao trabalho; deslocamentos; comemorações e outras.

Dessa forma, quando se tratar de atendimento domiciliário, sugere-se que sejam consideradas as perdas de produtividade dos trabalhadores de enfermagem, mediante a redução das horas disponíveis do trabalhador em seus turnos de trabalho, de maneira que o tempo efetivo de trabalho seja assim, mensurado:

$$t_{\text{efetivo}} = t_k \cdot p_k$$

Onde:

t_k = jornada de trabalho da categoria profissional

p_k = proporção do tempo produtivo da categoria profissional.

A vivência vem apontando que o percurso interfere no quantitativo do pessoal de enfermagem, sobretudo quando a carga horária diária é menor do que 6 horas. Estas atividades são apontadas no estudo de Dal Ben (2000a) e Dal Ben, Sousa (2004), como isoladas.

Em AD, a contratação do pessoal de enfermagem é efetuada por cooperativas de trabalho, por isso, o Índice de Segurança Técnica para cobertura das ausências previstas (folgas e feriados) e das ausências não previstas (faltas e licenças), não deve ser contemplado neste segmento.

Contudo, nossa vivência demonstra que não havendo a preocupação com a cobertura de ausências, há necessidade de profissionais qualificados e aptos para atuarem nesse modelo de assistência. O depoimento

dos gerentes e das enfermeiras da presente pesquisa, mostra a importância da educação continuada em suas organizações. Por outro lado, a substituição dos profissionais que pertencem às cooperativas de trabalho, é de responsabilidade da cooperativa que deve apresentar prontamente um outro profissional autônomo para as organizações de AD. Por se tratar de trabalho no cenário do domicílio do paciente, a questão não é simples. Sempre deve haver aceitação por parte do paciente e sua família, como também do profissional.

Sintetizando pode-se expressar genericamente o dimensionamento de pessoal de enfermagem por meio da equação proposta por Gaidzinski; Fugulin; Castilho (2005), convenientemente simplificada para se adaptar à realidade da AD:

$$Q = \sum_k \frac{\sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)}{t_k \cdot p_k}$$

onde:

Q = quantidade total de pessoal de enfermagem;

P_{kj} = percentual do trabalho dedicado ao tipo de cuidado j pela categoria profissional k ;

n_j = média diária de pacientes que necessitam do cuidado j ;

h_j = média das horas de assistência de enfermagem por paciente que necessita do cuidado j ;

Desse modo, concordamos com Gaidzinski; Fugulin; Castilho (2005) que, pela sua complexidade, os modelos de dimensionamento do

peçoal de enfermagem propostos evidenciam a necessidade de utilização dos recursos da informática, sobretudo, por se tratar de AD, cujos profissionais atuam em espaços físicos diferentes. As enfermeiras podem usufruir de um sistema de comunicação e informação que permita um adequado planejamento do quadro de pessoal, agilizando o processo de tomada de decisão, com economia de custos, tempo e energia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contou com 48 profissionais entrevistados, sendo 24 na função de gerente, responsáveis pela administração do serviço de AD e 24 enfermeiras responsáveis pelo serviço de enfermagem.

Quanto à formação dos entrevistados que exerciam a função de gerentes, dez (41,66%) eram médicos, seis (25%) enfermeiras, dois analistas contábeis, um nutricionista, uma psicóloga, um engenheiro, uma bióloga, um administrador e um com curso superior incompleto.

Em relação ao tipo de instituição, os colaboradores pertenciam a quatro instituições do setor público e vinte do setor privado.

O modelo de AD praticado pelo serviço público difere do setor privado por não oferecer a internação domiciliária, tornando-os distintos nesse aspecto. O atendimento domiciliário e o monitoramento de doenças crônicas, em ambos os serviços, são praticados por uma equipe multidisciplinar.

No que se refere ao dimensionamento do pessoal de enfermagem, a percepção dos gerentes e das enfermeiras não diferem em sua essência, pois ambos adotam os mesmos critérios para calcular o número de profissionais.

A análise interpretativa dos 48 discursos possibilitou a construção de três categorias que elucidam o contexto e os critérios considerados para dimensionar o pessoal de enfermagem pelos gerentes e enfermeiras de serviços públicos e privados na assistência domiciliária: **elegibilidade do paciente; tempo despendido na assistência e perfil profissional.**

Na maioria dos casos, verificou-se que a indicação do paciente para AD foi da competência do profissional médico, sendo apontada como uma condição em todos os depoimentos dos entrevistados dos setores público e privado.

Nos planos de saúde do setor privado, o critério de indicação é avaliado, também, pelo médico auditor que identifica nos hospitais, os pacientes e encaminha-os às empresas para analisarem como possíveis pacientes para a AD.

A indicação do paciente para a AD, também, pode ser feita por solicitação do próprio paciente e de sua família que contratam os serviços prestados pelas empresas do setor privado.

Os critérios de elegibilidade são a estabilidade clínica do paciente, as condições de moradia e a regionalidade de seu domicílio. Observa-se que a presença do cuidador familiar é obrigatória e visa à redução do custo da assistência hospitalar.

Os depoimentos dos entrevistados dos serviços do setor público associam a estabilidade clínica à idade dos pacientes, apontando como um dos critérios de eleição a faixa etária, acima de 60 anos.

As condições de domicílio constituem um aspecto importante, apontado pelos entrevistados dos setores público e privado, no que se refere à estrutura e condições de saneamento básico.

Outro aspecto importante usado como critério de admissão do paciente na AD, mencionado pelos entrevistados, é a localização e ou

regionalidade do domicílio na cidade. Este aspecto mostra-se evidente em todos os depoimentos do setor público, constituindo-se em um determinante para atendimento ao paciente, pois é preciso que a moradia esteja na região de atendimento da instituição.

A obrigatoriedade da presença do cuidador familiar é um pré-requisito a todos os serviços, independente do recurso financeiro, sendo considerado, como um segundo critério na eleição do paciente para AD.

Os depoimentos indicam que a AD constitui um repasse de custos à família, de medicamentos, nutrição e lavanderia que na estrutura hospitalar são absorvidos pelo hospital, além da transferência do cuidado como uma responsabilidade familiar.

Para o plano de saúde do setor privado, a AD é uma alternativa para diminuir os custos.

Quanto ao tempo despendido na AD, os critérios que os gerentes e enfermeiras adotam, são baseados no tipo e quantidade de intervenções presentes no paciente, indicando o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem.

Desse modo, foram relatados o emprego de instrumentos para classificar o paciente, quanto ao tipo de atendimento que será oferecido, a importância do médico do convênio na parametrização das horas de assistência de enfermagem e a influência das condições estruturais do domicílio.

A classificação do paciente está diretamente relacionada ao quantitativo de horas de assistência de enfermagem necessárias ao paciente e uma das bases utilizadas é a prescrição médica.

Para o setor público, o paciente precisa ser portador de doença crônica, com prejuízo em sua mobilidade, caracterizando a sua dificuldade de acesso ao hospital.

Para o setor privado, a identificação do grau de dependência dos cuidados de enfermagem está relacionada às intervenções presentes no paciente no momento de sua avaliação.

Os tipos de modalidades praticados em AD relacionam-se diretamente ao quantitativo do pessoal de enfermagem. O atendimento domiciliário compreende a realização de visitas pontuais e a execução de intervenções de enfermagem. A internação domiciliária exige a permanência do profissional de enfermagem no mínimo de 6 horas até 24 horas no domicílio do paciente.

O cálculo do número necessário de técnicos e auxiliares de enfermagem é baseado na média de pacientes internados, multiplicando-se esse número por quatro para se obter o quantitativo dos profissionais de enfermagem.

Para o dimensionamento de enfermeiros, adota-se outra forma de cálculo, estipulam-se dez pacientes adultos para cada profissional, reduzindo para sete se for de pediatria.

Na categoria perfil profissional, os discursos identificados indicam

que o aumento de horas de atuação da enfermeira supervisora da AD depende, também, da qualificação e competência profissional, dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem para AD é entendido, como a adequação às necessidades da família. A dimensão expressiva como as características pessoais do profissional, sexo, religião, hábitos como tabagismo e características de personalidade do profissional, como a introspecção e extroversão são relevantes.

A maioria dos profissionais de enfermagem que presta serviços em AD no setor privado, trabalha em regime de cooperativismo.

O processo de seleção dos profissionais de enfermagem que atuam em AD de serviços privados, é feito na cooperativa de trabalho que as empresas mantêm contrato. A disponibilidade dos profissionais é comunicada pela cooperativa e as empresas passam sua filosofia de trabalho, muitas possuem um serviço de educação continuada com enfermeiras e psicólogas.

Os resultados da análise dos depoimentos dos gerentes e enfermeiras permitiram sistematizar o inter-relacionamento das variáveis que interferem no dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem que presta AD, adaptando o método proposto por Gaidzinski (1998) para dimensionar o pessoal de enfermagem para essa modalidade de assistência.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem, em particular, para a assistência domiciliária constitui ainda um grande desafio ao gerenciamento da assistência. A vivência relatada nos depoimentos dos

entrevistados, e a experiência vivida em minha prática permitiram indicar um caminho na construção de um modelo de dimensionamento, na perspectiva de contribuir para compreensão desse processo.

REFERÊNCIAS

Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Andrade L, Jacob Filho W. Perfil dos cuidadores de pacientes portadores de demência atendidos por programa de assistência domiciliar. *Rev Bras Home Care* 2003; 7(96):12- 3.

Ângelo M. O contexto familiar. In: Duarte D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap. 3, p. 27-31.

Angerami ELS, Gomes DLS. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. *Rev Latino Am. Enfermagem* 1996, v4,n.2,p. 5-22 .

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Baxter YA. Estudo econômico de programa de terapia nutricional enteral domiciliar em pré e pós-operatório de cirurgia digestiva em instituição publica. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2002.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

Brasil. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília 09 jun. 1987. Seção 1, p. 1, fls. 8.853- 8.855.

Brasil. Portaria n. 2416 de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília 26 mar.1998a. p.106.

Brasil. Lei 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. [on line]. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 de junho. 1998b. Disponível em: http://www.opcorretora.hpg.ig.com.br/ans/lei9656_/98.htm-57k (05 junh.2005)

Brasil. Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Institui a política nacional de saúde do idoso. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/saude/\(5 jun2005\)](http://www.portal.saude.gov.br/saude/(5 jun2005))

Brasil. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de abril.2002.

Bráz MG. Entendimentos na relação custo x benefício no home care. Rev Bras Home Care 2001a; 6(71):32.

Bráz MG. Relações de trabalho em uma empresa de home care. Rev Bras Home Care 2001b; 6(72):10-2.

Chiba T. Avaliação da qualidade de vida em pacientes de um programa de oxigenoterapia domiciliar prolongada através de WHOQOL-bref. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 267, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de enfermagem em domicílio home care. [online]. Rio de Janeiro; 2001. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br> (5 jun. 2005).

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 270, de 18 de abril de 2002. Aprova a regulamentação das empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliar – Home Care. [online]. Foz de Iguaçu; 2002. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br> (5 jun. 2005).

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [online]. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/Resolucao293.htm> (5 jun 2005).

Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1668, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Brasília; 2003.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4(2 Supl):15-25.

Conselho Regional de Enfermagem. Decisão DIR 006/99, de 19 de outubro de 1999. Dispõe sobre a regulamentação das empresas que prestam serviços de Atendimento de Enfermagem Domiciliar - Home Care. São Paulo; 1999.

Cruz LP. Assistência domiciliar: um estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 1994.

Cullen DJ, Nemeskal AR, Zaslavsky AM. Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervention Scoring System for non-ICU patients. Crit Care Med 1994; 22(9):1406-11.

Cunha ICK. Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem. [dissertação]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 1991.

Dal Ben LW. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000a.

Dal Ben LW. Serviço de atendimento de enfermagem residencial. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000b. cap. 43, p. 575-82.

Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. Rev Esc Enferm da USP 2004; 38(1):80-89.

Dieckmann J. Home health administration: an overview. In: Harris M. Handbook of home care administration. USA: Aspen Publication, 1997. p.3-13.

Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico; p. 3-17.

Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU – USP 1994; 4(1/2):63-8

Fugulin MFT. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem. [dissertação]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Fugulin MFT, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: análise das

horas de assistência de enfermagem. *Nursing* 1999; 2(11):27-34. (edição brasileira).

Fugulin MFT, Gaidzinski RR. Horas de assistência de enfermagem: análise comparativa de parâmetros. *Nursing* 2000; 3(23):30-4. (edição brasileira).

Fugulin MFT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurckgant P, coordenadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. cap. 7, p. 91-6.

Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. [livre-docência]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurckgant P, coordenadora. *Gerenciamento de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

Gianesi IGN, Corrêa HL. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas; 1994. Projeto do sistema de serviços; p. 130-55.

Hierschfeld MJ, Oguisso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(4):452-9.

Institut Suisse Santé Publique. *Mesure de la charge de travail: Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin*. Lausanne, IFG/ISP;1996.

Jacob Filho W, Chiba T. Atendimento multidisciplinar. In: Carvalho Filho ET; Papaléo Netto M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1994. cap. 33, p. 399-408.

Jukemura MFM. O cuidados familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio. [dissertação]. São

Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Lacerda MR, Zonta AA, Oliniski SR. Papel e funções do enfermeiro no cuidado domiciliário. In: Livro Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem – Trajetória Espaço - Temporal da Pesquisa; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia (SP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002. p. 103.

Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2003.

Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. [tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

Leite RCBO. O idoso dependente em domicílio. [dissertação]. Salvador(BA): Escola de Enfermagem da UFBA; 1995.

Marques S. O idoso após acidente vascular cerebral: conseqüências para a família. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Medina P, Fernandes F, Ghion LG. Internação após lesão bulbar e raqui medular alta. Rev Bras Home Care 1999; 5(55):4-6.

Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UnATI; 2001.

Mesquita SRAM. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: recursos materiais consumidos e custos. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. [online]. Brasília; 2001a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>> (25 jun. 2003)

Ministério da Saúde. Sistema de Atenção Básica (SIAB). Cobertura de Equipes Saúde Família. [online]. Brasília; 2001b Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/quantasequipes.htm>> (25 jun. 2003).

Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: LTR; 1999. Perspectivas sobre os rumos da enfermagem; p. 171-85.

Papaléo Netto M, Tieppo A. Serviço de assistência domiciliar da clínica geronto-geriátrica do hospital do servidor público municipal de São Paulo. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap. 41, p. 549-63.

Perlini NMOG. Cuidar de pessoa incapacitado por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica. [tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Perroca MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

Pescaroli,PM. A especialização faz o profissional. [Entrevista]. Rev Negócios e Soluções em Home Care 2002; 3(15):3-6

Püschel VAA, Ide CAC. Assistência domiciliar no município de São Paulo: o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. In: Livro Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem – Trajetória Espaço - Temporal da Pesquisa; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia (SP). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002. p.126.

Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Rhinehart E, Friedman MM. Infection control in Home Care. Gaithersburg: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 1999.

Ribeiro CA. Assistência domiciliar: qualidade e racionalização de recursos. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Ribeiro CA. Avaliação da assistência domiciliar: aspectos quantitativos e qualitativos: a qualidade da estrutura inicial. *Rev Bras Home Care* 1999; 5(53):28.

Ribeiro VES. O domicílio como espaço de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1998 set. 20-25; Salvador (BA). Salvador: ABEn - Seção BA; 1998. p. 133-8.

Saba V. Home Health Care Classification (HHCC), of nursing diagnoses and interventions. [online] Apresenta textos sobre Classificação do cuidado em saúde domiciliar (*HHCC*) de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. Trad. de Heimar F. Marin. São Paulo: Centro de Informática em Enfermagem; 1991. Disponível em: <<http://www.sabacare.com/portuguesetrans.html>> (5 jun. 2005).

Saça O, Monteiro P, Monteiro D, Magalhães O. O profissional de enfermagem frente às situações de emergência em home care. *Rev Bras Home Care* 1999; 53(5):4-6.

Silva RS. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar a pacientes portadores de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2000.

Soerensen AA. Atendimento domiciliar: análise de um serviço privado em Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do programa de assistência domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Velásquez MD, Dalrio MC, Marques DD, Medeiros SAR. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: Karsch UMS, organizador. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ; 1998. p. 87-146.

Veras RP. *A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Vilar JM. A visão da ABEMID sobre o cenário atual de assistência à saúde privada no Brasil. *Rev Bras Home Care* 2003; 8(97):4.

Vilar JM. Regulamentação do home care: o nosso desafio. *Rev Bras Home Care* 2001; 6(70):14.

World Health Organization (WHO). Home Care issues at the approach of the 21st. Century from a World Health Organization Perspective: a literature review. Geneva: WHO;1999. pt.1, p.1-39. Annotated.

Anexo I - CATALOGUE DE PRESTATIONS SOINS

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
101	Toilette complète au lit <ul style="list-style-type: none"> • préparer le lit et enlever la chemise de nuit • laver le client et le sécher • appliquer une lotion protectrice de la peau au besoin • habiller le client • peigner/brosser les cheveux • refaire le lit (changer la literie si nécessaire) 	1	7j	40	Oui
102	Toilette complète dans bain/douche/au lavabo <ul style="list-style-type: none"> • accompagner ou transférer (fauteuil roulant) le client à la salle de bain • déshabiller le client • faire entrer le client dans la baignoire/douche ou l'installer devant le lavabo • laver le client • faire sortir le client de la baignoire (douche) • sécher le client • soigner sa peau, appliquer une lotion • habiller et peigner/coiffer le client • transférer le client hors de la salle de bain • nettoyer la baignoire/douche 	1	s	40	Oui
103	Toilette partielle au lit <ul style="list-style-type: none"> • préparer le lit et enlever la chemise de nuit • laver les parties du corps choisies et les sécher • toilette intime • soigner sa peau, appliquer une lotion au besoin • habiller le client • peigner/coiffer le client • refaire le lit (changer la literie si nécessaire) 	1	7j	20	Oui
104	Toilette partielle au lavabo (y.c toilette intime) <ul style="list-style-type: none"> • aider le client à s'installer devant le lavabo • laver les parties du corps choisies et les sécher • toilette intime • soigner sa peau, appliquer une lotion au besoin • peigner/coiffer le client • le rhabiller • l'accompagner hors de la salle de bain et le réinstaller confortablement 	1	7j	26	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
105	Toilette intime au lit ou au lavabo <ul style="list-style-type: none"> protéger le lit et les habits/chemise de nuit enlever les protections (urinal, couches, etc.) faire la toilette intime soigner la peau, appliquer une lotion au besoin remettre les moyens de protection habiller les parties intimes et réinstaller le client confortablement changer la literie (au besoin) 	1	7j	15	oui
106	Rasage (combiné avec toilette complète ou partielle) <ul style="list-style-type: none"> raser à sec ou avec crème soigner la peau, appliquer une lotion 	1	7j	10	Oui
107	Laver les cheveux <ul style="list-style-type: none"> préparer le client dans son lit ou devant le lavabo laver les cheveux appliquer une lotion capillaire, frictionner et sécher (au besoin) sécher avec sèche-cheveux peigner/coiffer accompagner le client hors de la salle de bain et le réinstaller confortablement (au besoin) 	1	s	15	Oui
108	Soins des ongles (mains) <ul style="list-style-type: none"> laver les mains du client (au besoin) couper, nettoyer, limer les ongles désinfecter les ongles (au besoin) appliquer une lotion ou crème 	2	m	15	Oui
109	Soins des ongles (pieds) laver les pieds du client (au besoin) couper (pieds sains), nettoyer les ongles désinfecter les ongles appliquer une lotion ou crème	1	m	15	Oui
110	Soins des ongles (pieds chez diabétique) Laver les pieds du client (au besoin) Nettoyer, limer les ongles Désinfecter les ongles Appliquer une lotion ou crème Contrôle de la peau des pieds et soins des éventuelles petites lésions	1	m	20	Oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
111	Frictionner la peau/appliquer crème (sans prescription médicale) <ul style="list-style-type: none"> déshabiller les parties du corps à masser appliquer la lotion/crème, frictionner rhâiller 	1	7j	7	non
112	Brosser les dents <ul style="list-style-type: none"> nettoyer les dents nettoyer les prothèses (au besoin) 	3	7j	5	Oui
113	Hygiène buccale <ul style="list-style-type: none"> hygiène buccale pour client chez qui un brossage normal des dents est impossible nettoyer les dents et la bouche nettoyer les prothèses (au besoin) humecter les muqueuses 	3	7j	10	Oui
114	Aider à l'habillage/déshabillage <ul style="list-style-type: none"> préparer les habits aider à l'habillage/déshabillage s'occuper des habits, les entretenir 	2	7j	15	Oui
115	Bas/bandages de compression <ul style="list-style-type: none"> contrôle de la peau mettre les bas ou bandagens de compression mettre les bas/pantalons 	2	7j	10	oui
201	Exercices respiratoires / aide pour expectorer <ul style="list-style-type: none"> montrer au client comment faire les exercices respiratoires aider le client à tousser et expectorer ses sécrétions extraire les sécrétions (au besoin) montrer le fonctionnement et l'entretien de l'appareil contrôle de la fréquence respiratoire et du mouvement de la cage thoracique 	3	7j	14	oui
202	Inhalation/aérosol (préparation) <ul style="list-style-type: none"> remplir l'appareil avec le médicament tester le fonctionnement de l'appareil montrer le fonctionnement et l'entretien de l'appareil veiller au contrôle et à l'entretien réguliers de l'appareil 	3	7j	5	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
203	Inhalation/aérosol (présence constante) <ul style="list-style-type: none"> remplir l'appareil avec le médicament tester le fonctionnement de l'appareil montrer comment utiliser l'appareil et surveiller que l'inhalation se fait correctement veiller au contrôle et à l'entretien réguliers de l'appareil 	3	7j	15	oui
204	Oxygénothérapie <ul style="list-style-type: none"> installer la bonbonne d'oxygène brancher l'aquapack (barboteur) contrôler le débit d'oxygène s'assurer qu'il n'y a pas de fuites brancher la sonde ou le masque s'assurer que les voies respiratoires sont libres poser la sonde/le masque enclencher le débit (litres/minute) vérifier l'arrivée d'oxygène 	s.b	7j	9	oui
205	Aspiration des sécrétions <ul style="list-style-type: none"> installer l'aspirateur vérifier son fonctionnement mettre le client en position adéquate mettre des gants aspirer les sécrétions vider l'aspirateur, le nettoyer et le préparer jeter les sécrétions veiller au contrôle et à l'entretien réguliers de l'appareil 	s.b	7j	15	oui
206	Soins de trachéotomie <ul style="list-style-type: none"> mettre gants et masque de protection enlever la canule nettoyer/soigner la peau autour de la stomie nettoyer la canule remettre la canule et la fixer avec compresses et bandages 	3	7j	9	oui
207	Humidification de l'air <ul style="list-style-type: none"> préparer l'humidificateur contrôler périodiquement la qualité de l'eau veiller au contrôle et à l'entretien réguliers de l'appareil 	3	7j	9	non

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
301	Aider à boire <ul style="list-style-type: none"> • préparer du thé ou autres boissons • faire le bilan hydrique, évaluer • faire le bilan des éliminations, évaluer • instruire le client et son entourage sur l'importance d'une bonne hydratation 	3	7j	10	oui
302	Aider à manger/à s'alimenter <ul style="list-style-type: none"> • préparer et server le repas • encourager à manger/donner à manger • laver les mains du client/rincer sa bouche • instruire le client et son entourage (au besoin) • nettoyer et ranger la vaisselle 	3	7j	25	oui
303	Conseils pour l'alimentation/régimes <ul style="list-style-type: none"> • évaluer l'alimentation habituelle du client • donner de nouvelles idées pour une alimentation équilibrée et saine • instruire le client et son entourage 	s.b		9	non
304	Alimentation par sonde <ul style="list-style-type: none"> • établir les besoins en liquides et en nutriments par jour • préparer la solution nutritive • installer le client • vérifier que la sonde gastrique est en position correcte • connecter la solution nutritive à la sonde et régler la rapidité du débit, ou installer la solution nutritive avec une seringue • rincer la sonde et la fermer • soigner l'orifice buccal et nasal • contrôler la fixation et la position de la sonde 	s.b	7j	15	oui
305	Pose de sonde gastrique <ul style="list-style-type: none"> • installer le client selon directives professionnelles • mettre des gants (selon directives du service) • mesurer la longueur de la sonde • introduire la sonde par le nez • vérifier que la sonde est bien dans l'estomac • fixer la sonde 	s.b		20	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
306	Soins de gastrostomie <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre des gants (selon directives du service) • enlever le pansement sale • soigner la peau autour de la stomie selon instructions du médecin • refaire le pansement 	3	s	13	oui
307	Soins de gastrostomie (avec complication) <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre des gants (selon directives du service) • enlever le pansement sale • soigner la peau autour de la stomie selon instructions du médecin • refaire le pansement 	3	s	20	oui
401	Bassin/vase <ul style="list-style-type: none"> • préparation du client (ôter les sous-vêtements) • mettre des gants • apporter, positionner, enlever et vider le bassin/vase • évaluer le contenu du bassin/vase • aider le client à se nettoyer 	s.b	7j	8	oui
402	Urinal <ul style="list-style-type: none"> • préparation du client (ôter les sous-vêtements) • mettre des gants • apporter, positionner, enlever et vider l'urinal • évaluer le contenu de l'urinal • aider le client à se nettoyer 	s.b	7j	5	oui
403	Stimulation manuelle de la vessie <ul style="list-style-type: none"> • installer et préparer le client • mettre une protection sous le client ou l'urinal • percussion de la vessie jusqu'à son vidage complet • vider l'urinal et enlever la protection 	s.b	7j	7	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
404	Lavage de la vessie <ul style="list-style-type: none"> • préparation du client (ôter les sous-vêtements) • mettre des gants • mettre une protection sous le client • enlever le sac d'urine ou ouvrir le bouchon de la sonde urinaire • chauffer le liquide de lavage à température corporelle • instiller • contrôle du liquide qui coule en retour (qualitatif et quantitatif) • remettre un sac d'urine ou fermer la sonde • contrôler que le sac d'urine est en position convenable • aider le client à se rhabiller 	s.b		15	oui
405	Soins d'urostomie <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • enlever le sac de stomie • nettoyer et sécher la peau autour de la stomie • appliquer des produits pour la peau, si indiqué • remettre un sac de stomie neuf 	s.b		16	oui
406	Soins/entretien de la sonde vésicale <ul style="list-style-type: none"> • contrôler la position de la sonde et le débit d'urine • contrôler la quantité et la qualité d'urine • mettre des gants • changer ou vider la poche d'urine 	s.b		5	oui
1401	Changer la poche d'urine	s.b		5	oui
1402	Vider la poche d'urine	s.b		5	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
407	Pose de sonde vésicale (à demeure ou non) <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • faire la toilette intime • poser la sonde (aseptique) • si sonde à demeure, la fixer • contrôle de l'écoulement • mettre la poche d'urine ou fermer la valve anti-réflex, ou enlever la sonde occasionnelle • assurer la transmission correcte de l'échantillon d'urine au cabinet médical ou au laboratoire 	s.b		30	oui
408	Enlever la sonde à demeure <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • vider le ballon de la sonde à la seringue • retirer la sonde 	s.b		4	oui
409	Pose de la sonde rectale (gaz) <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • instructions/conseils au client • introduire la sonde rectale • contrôler l'abdomen • enlever la sonde 	s.b		7	oui
410	Petit lavement type Practo-clyss (=clyssie®) <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • instruction/conseils au client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • chauffer le lavement type Practo-clyss à température corporelle • introduire le lavement type Practo-clyss • enlever la sonde 	s.b	7j	16	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
411	Lavement <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • instructions/conseils au client • chauffer la solution à température corporelle • mettre des gants • mettre une protection sous le client • poser la sonde rectale • introduire la solution de lavage • contrôler l'abdomen • enlever la sonde 	s.b	7j	21	oui
412	Extraction manuelle de selles <ul style="list-style-type: none"> • une heure avant l'extraction, donner un suppositoire à la glycérine • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • masser l'abdomen • extraire les selles • nettoyer la zone anale 	1	7j	20	oui
413	Mettre des protections <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre des gants • enlever les protections usées • mettre de nouvelles protections • instruction/conseils au client 	s.b	7j	8	oui
414	Vider la poche de stomie <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre des gants • enlever la poche de stomie • contrôler la peau • mettre une nouvelle poche 	3	7j	8	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
415	Soins de stomie normale <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • enlever la poche de stomie • nettoyer et sécher la peau autour de la stomie • appliquer crème ou onguent • remettre la poche de stomie 	s.b		15	oui
416	Soins de stomie infectée <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • mettre une protection sous le client • mettre des gants • nettoyer et sécher la peau autour de la stomie • soins de stomie selon prescription du médecin ou du spécialiste • remettre la poche de stomie 	s.b		25	oui
417	Lavage de stomie <ul style="list-style-type: none"> • installer le client sur WC/chaise percée/bassin • mettre une protection sous le client • mettre des gants • enlever la poche de stomie • s'assurer du bon état de la stomie • mettre en place le système de lavage et procéder au lavage • enlever le système de lavage • nettoyer et sécher la peau autour de la stomie • mettre une nouvelle poche de stomie 	s.b		20	oui
418	Bilan hydrique 24h <ul style="list-style-type: none"> • instruire le client sur la façon de procéder soi-même à un bilan hydrique de 24h • contrôler et vérifier les résultats • dépister les oedèmes et les documenter • informer le médecin 	1	7j	4	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
419	Accompanyer aux WC <ul style="list-style-type: none"> • accompagner le client aux WC/l'installer sur la chaise percée • aider au déshabillage/rhabillage (au besoin) • convenir avec le client d'un signal d'appel et attendre • fournir le papier toilette ou aider le client à se nettoyer (au besoin) • reconcompanyer le client à la chamber 	s.b	7j	10	oui
501	Installer le client dans le lit <ul style="list-style-type: none"> • enlever du lit les aides techniques au confort • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • installer le client • remettre les aides techniques au confort • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 	3	7j	8	oui
502	Installer le client dans le lit, y.c faire le lit/changer la literie <ul style="list-style-type: none"> • enlever du lit les aides techniques au confort • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • changer la literie (au besoin), refaire le lit • installer le client • remettre les aides techniques au confort • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 			15	
1501	Lever avec aide <ul style="list-style-type: none"> • aide à la mobilisation passive au lit, gymnastique de lit passive (au besoin) • mettre à disposition les aides à la marche (déambulateur, béquilles, etc.) (à l'exclusion des prothèses, voir 509) • aide pour le transfert au fauteuil, fauteuil roulant • installer sur fauteuil/fauteuil roulant et contrôler la position • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 	s.b	7j	5	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
1502	Coucher avec aide <ul style="list-style-type: none"> • aide pour le transfert de retour au lit • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • installer le client au lit (au besoin) • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 				
1503	Lever avec élévateur ou 2 personnes <ul style="list-style-type: none"> • éventuellement, aide à la mobilisation passive au lit, gymnastique de lit passive • mettre à disposition les aides à la marche (déambulateur, béquilles, etc.) (à l'exclusion des prothèses, voir 509) • aide pour le transfert avec élévateur ou 2 personnes au fauteuil, fauteuil roulant • installer sur fauteuil/fauteuil roulant et contrôler la position • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 	s.b	7j	10	oui
1504	Coucher avec élévateur ou 2 personnes <ul style="list-style-type: none"> • transfert avec élévateur ou 2 personnes pour le retour au lit • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • éventuellement, installer le client au lit • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 				
505	Aide à la marche <ul style="list-style-type: none"> • aider le client à se mettre debout • mettre à disposition les aides à la marche (déambulateur, béquilles, etc.) (à l'exclusion des prothèses, voir 509) • contrôler la position du client • déplacer avec précaution les instruments techniques médicaux (perfusion, pompe, Redon, poche d'urine, etc.) • aide à la marche dans le logement (ou pour utiliser des escaliers si nécessaire) • aide pour se rasseoir au fauteuil ou se recoucher au lit • s'assurer que, dans la nouvelle position du client, les instruments techniques (perfusion, sonde, etc.) fonctionnent correctement 	3	7j	8	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
506	Mobilisation active/passive <ul style="list-style-type: none"> exécuter les exercices de mobilisation active/passive des membres et/ou des muscles, au moyen des aides techniques appropriées 	2	7j	17	oui
509	Mettre/enlever les aides techniques Description de <<mettre>> <ul style="list-style-type: none"> dévêtir la partie corps concernée ajuster l'aide technique (prothèse, orthèse, échelle, splint, etc.) contrôler la position correcte et le bon fonctionnement de l'aide technique Description de <<enlever>> <ul style="list-style-type: none"> dévêtir la partie du corps concernée enlever l'aide technique (prothèse, orthèse, échelle, splint, etc.) contrôler le moignon et soigner la peau (si nécessaire) 	2	7j	10	oui
601	Préparer les médicaments <ul style="list-style-type: none"> vérifier que les doses prescrites sont correctes et d'actualité préparer les médicaments selon prescription du médecin d'une manière adéquate pour les besoins quotidiens ou hebdomadaires assurer le ravitaillement en médicaments au besoin, établir une liste d'approvisionnement de médicaments à l'intention du médecin ou du pharmacien s'assurer que la carte des médicaments est à jour 	s.b		10	oui
602	Donner les médicaments (per os, collyre) <ul style="list-style-type: none"> consulter la prescription médicale donner les médicaments selon la prescription 	s.b		6	oui
603	Administrar les médicaments (s.c ou i.m) <ul style="list-style-type: none"> consulter la prescription médicale au besoin, consulter le prospectus du médicament préparer l'injection dans les règles de l'art installer le client (au besoin) injecter le médicament dans les règles de l'art observer les réactions du client 	s.b		10	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
604	Administrer les médicaments (i.v) <ul style="list-style-type: none"> • consulter la prescription médicale • au besoin, consulter le prospectus du médicament • installer le client (au besoin) • préparer l'injection dans les règles de l'art • injecter le médicament par voie veineuse dans les règles de l'art • observer les réactions du client 	s.b		20	oui
605	Médication i.v sur pompe <ul style="list-style-type: none"> • consulter la prescription médicale • au besoin, consulter le prospectus du médicament • préparer l'injection dans les règles de l'art • installer le client • contrôler le flux de la console • infuser le médicament dans les règles de l'art • observer les réactions du client • s'assurer du bon fonctionnement de la perfusion 	s.b		9	oui
606	Perfusion avec ponction veineuse <ul style="list-style-type: none"> • consulter la prescription médicale • au besoin, consulter le prospectus du médicament • préparer l'injection dans les règles de l'art • installer la canule de perfusion dans la veine • régler et observer la vitesse de la perfusion • fixer le cathéter veineux • contrôler à nouveau la vitesse de la perfusion • observer les réactions du client 	s.b		20	oui
607	Médication i.v par cathéter veineux <ul style="list-style-type: none"> • consulter la prescription médicale • au besoin, consulter le prospectus du médicament • préparer l'injection dans les règles de l'art • vérifier le retour sanguin du cathéter veineux • administrer le médicament dans les règles de l'art • s'assurer que le client ne ressent pas d'inconfort • observer les réactions du client • fermer ou retirer le cathéter 	s.b		15	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
608	Présence pour thérapie par perfusion <ul style="list-style-type: none"> • consulter la prescription médicale • au besoin, consulter le prospectus du médicament • contrôler la perfusion • contrôler les signes vitaux et observer les réactions du client • interrompre ou retirer la perfusion 	s.b		44	oui
609	Visite pour contrôle de perfusion <ul style="list-style-type: none"> • contrôle l'état général et les signes vitaux du client • s'informer auprès du client ou de son entourage afin de savoir si la perfusion s'est bien déroulée • contrôler le retour sanguin comme preuve de la position correcte du cathéter dans la veine • contrôler la vitesse du débit de la perfusion • contrôler l'appareil de perfusion 	s.b		12	oui
610	Transfusion sanguine <ul style="list-style-type: none"> • contrôle du groupe sanguin avec deuxième contrôle par une collègue • consulter les prescriptions médicales et les indications du centre de transfusion ou du laboratoire • préparer le sachet de sang • pratiquer la ponction veineuse • relier l'appareil de transfusion à l'accès veineux • contrôler le débit sanguin • observer les réactions du client • contrôler la position du bras • s'occuper du client pendant la transfusion • contrôle permanent des signes vitaux avant, pendant et après la transfusion • nettoyer l'endroit de la ponction après retrait de la transfusion, selon les règles de l'art • instruire le client sur le comportement à avoir lors d'effets secondaires (complications ultérieures) • documenter le n° de transfusion ainsi que l'état général du client 	s.b		120	oui
611	Instruction pour pompe portable <ul style="list-style-type: none"> • instruire le client sur l'utilisation des pompes portables selon prescription médicale • consulter le manuel de la pompe et faire des tests pratiques • s'assurer que les manipulations faites par le client sont justes et adéquates 	s.b		20	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
612	Pose de voie veineuse <ul style="list-style-type: none"> pose de voie veineuse périphérique à demeure (Butterfly, Venflon, Braunüle, etc.) selon prescription médicale ponction veineuse et pose de l'aiguille, canule ou cathéter fixer la canule et fermer l'orifice information/conseils au client 	s.b		12	oui
613	Rinçage de cathéter <ul style="list-style-type: none"> installer le client après explications rincer le cathéter selon instructions inspecter la peau environnante et la soigner au besoin information/conseils au client 	s.b		11	oui
614	Thérapie par pompe ou perfusion s.c Description: thérapie par perfusion sous-cutanée <ul style="list-style-type: none"> préparer la perfusion au besoin, selon prescription médicale, ajouter un médicament favorisant la résorption faire la ponction sous-cutanée et relier la perfusion contrôler le débit de la perfusion contrôler l'état général du client information/conseils au client et à l'entourage Description: thérapie par pompe sous-cutanée <ul style="list-style-type: none"> préparer la perfusion faire la ponction sous-cutanée fixer l'aiguille relier le tuyau de la pompe à l'aiguille régler les paramètres de la pompe selon les instructions du médecin information/conseils au client et à l'entourage 	s.b		20	oui
615	Bain médicinal/cataplasme <ul style="list-style-type: none"> consulter l'ordonnance médicale chauffer le bain/cataplasme à température souhaitée installer le client ou appliquer le cataplasme surveiller le client pendant le temps d'application aider le client à se sécher et s'habiller 	s.b		30	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
616	Massages/autres traitements préventifs d'escarres <ul style="list-style-type: none"> dévêtir les parties du corps à masser appliquer la pommade et frictionner, ou faire autres traitements préventifs d'escarres aider le client à se rhabiller 	1	7j	20	oui
617	Autres massages/frictions (sur prescription) <ul style="list-style-type: none"> dévêtir les parties du corps à masser appliquer la pommade et frictionner aider le client à se rhabiller 	1	7j	20	oui
701	Réfection pansement (petit) <ul style="list-style-type: none"> mettre des gants préparer le matériel stérile et non stérile préparer le champ stérile ou non stérile enlever le pansement usé nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante soigner la plaie selon prescription médicale appliquer et fixer le nouveau pansement 	s.b	7j	15	oui
702	Réfection pansement (moyen) <ul style="list-style-type: none"> mettre des gants préparer le matériel stérile et non stérile préparer le champ stérile (au besoin) enlever le pansement usé nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante soigner la plaie selon prescription médicale appliquer et fixer le nouveau pansement 	s.b	7j	24	oui
703	Réfection pansement (grand) <ul style="list-style-type: none"> mettre des gants préparer le matériel stérile et non stérile préparer le champ stérile (au besoin) enlever le pansement usé nettoyer et désinfecter la plaie et la peau environnante soigner la plaie selon prescription médicale appliquer et fixer le nouveau pansement 	s.b		40	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
704	Livraison de matériel de soins ou de moyens auxiliaires <ul style="list-style-type: none"> • livraison du matériel nécessaire • test de fonctionnement • obtenir quittance de la part du client 	s.b		11	non
1801	Contrôle de santé <ul style="list-style-type: none"> • évaluer l'état général du client 	s.b		5	oui
1802	Contrôle paramètres vitaux <ul style="list-style-type: none"> • préparation du client • mesurer, juger et documenter les paramètres vitaux (pression sanguine, pouls, respiration) 	s.b		5	oui
802	Prise de tension artérielle <ul style="list-style-type: none"> • préparation du client • mesurer la pression artérielle et documenter le résultat de la mesure 	s.b		5	oui
803	Contrôle du pouls <ul style="list-style-type: none"> • contrôler le pouls et documenter le résultat de la mesure 	s.b		5	oui
804	Observation/contrôle de la respiration <ul style="list-style-type: none"> • compter les mouvements respiratoires par unité de temps, évaluer les caractéristiques de la respiration (fréquence, amplitude, bruits respiratoires) et documenter 	s.b		5	oui
805	Prise de la température <ul style="list-style-type: none"> • mesurer la température corporelle et documenter le résultat de la mesure 	s.b		5	oui
806	Contrôle du poids <ul style="list-style-type: none"> • peser le client, si possible au même moment de la journée et avec les mêmes habits • documenter les oedèmes 	s.b		5	oui
807	Mesure de l'élimination d'urine/sécrétions <ul style="list-style-type: none"> • mesurer les volumes, contrôler la glycémie 	s.b		5	oui
808	Ponction capillaire pour contrôle de la glycémie <ul style="list-style-type: none"> • préparer et effectuer la prise de sang capillaire • faire fonctionner le glycomètre selon les indications, ou s'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang • documenter le résultat 	s.b.		10	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
809	Ponction veineuse <ul style="list-style-type: none"> • consulter la fiche du laboratoire • préparation du matériel de ponction et d'étiquetage • effectuer la ponction • prélever la quantité de sang nécessaire • s'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang 	s.b		15	oui
810	Prise de sang par cathéter veineux central <ul style="list-style-type: none"> • installer le client • consulter la fiche du laboratoire • préparation du matériel de ponction et d'étiquetage • prélever la quantité de sang nécessaire • relier de nouveau la perfusion au cathéter ou rincer le cathéter selon instructions • contrôler le débit de la perfusion • s'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sang 	s.b		10	oui
811	Récolte de sécrétion pour analyse <ul style="list-style-type: none"> • préparation du matériel et de l'étiquetage • récolter la quantité de sécrétion nécessaire • ranger/éliminer le matériel utilisé • s'assurer de la transmission correcte de l'échantillon de sécrétion 	s.b		15	oui
812	Culture d'urine <ul style="list-style-type: none"> • préparation du matériel et de l'étiquetage • récolter la quantité d'urine nécessaire selon les instructions • effectuer le test de glucose (au besoin) • s'assurer de la transmission de l'échantillon d'urine (au besoin) 	s.b		10	oui
901	Première évaluation <i>Voir aussi explications dans le manuel RAI-domicile, chapitre 3</i> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation à l'aide des formulaires Données administratives et description de la demande, Module ménage, MDS-domicile • récolte supplémentaire de données relatives à l'anamnèse (si nécessaire et si le client a donné son accord) 	1		60	oui

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
902	Réévaluation <i>Voir aussi explications dans le manuel RAI-domicile, chapitre 3</i> <ul style="list-style-type: none"> évaluation à l'aide des formulaires Données administratives et description de la demande, Module ménage, MDS-domicile récolte supplémentaire de données relatives à l'anamnèse (si nécessaire et si le client a donné son accord) 	1		60	oui
903	Etablir un plan d'intervention d'aide au ménage (1 ^{ère} fois) <i>Voir aussi explications dans le manuel RAI-domicile, chapitre 6</i> <ul style="list-style-type: none"> ce point englobe l'analyse de la situation du client sur la base de l'évaluation, la détermination des objectifs et des interventions d'aide au ménage qui sont nécessaires 	1		30	non
904	Etablir un plan d'intervention pour les soins (1 ^{ère} fois) <i>Voir aussi explications dans le manuel RAI-domicile, chapitre 6</i> <ul style="list-style-type: none"> ce point englobe l'analyse de la situation du client sur la base de l'évaluation, la détermination des objectifs et des interventions d'aide et de soins qui sont nécessaires 	1		30	oui
907	Consultation entre le médecin traitant et le service à domicile au sujet de l'évaluation du client <ul style="list-style-type: none"> informer le médecin traitant des conclusions et opinions du service au sujet du client, afin d'assurer sa prise en charge et son traitement de façon interdisciplinaire examiner la situation du client avec le médecin actualiser les prescriptions médicales 	1		11	oui
1901	Etablir la relation, informer, motiver <ul style="list-style-type: none"> informer, instruire, stimuler et encourager le client et ses proches à ce qu'il retrouve plus d'indépendance dans les activités courantes ou comment il peut contribuer à se maintenir en santé formuler les informations sous une forme compréhensible par le client (au besoin) 	s.b		5	non
908	Soutien/contrôle au client ou à ses proches (si cette prestation est isolée) <ul style="list-style-type: none"> écouter, encourager, consoler et soutenir le client et ses proches dans les phases de maladie, de changement, de tristesse ou de perte, dans le but de mettre en évidence les ressources du client pour la suite de sa vie 	s.b		20	non

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Code	Prestations	Nombre	Fréquence	Temps	LAMAL
909	Instructions/conseils au sujet des soins <ul style="list-style-type: none"> instructions/conseils au client ou à ses proches en vue de l'acquisition de la capacité à accomplir certains soins (par ex.: faire un pansement, une injection du type Fraxiparine ou insuline pour diabétiques, des exercices respiratoires, les soins de stomie ou de cathéter, le contrôle des symptômes et leur documentation, etc.) vérifier que ces instructions ont été comprises et correctement appliquées 	s.b		15	oui
910	Accompagner, garder, être présent <ul style="list-style-type: none"> accompagner et garder le client pendant un laps de temps fixé à l'avance 	s.b			non

Légendes: 7j = 7jours

s = hebdomadaire (1x/semaine)

m = mensuel (1x/mois)

s.b = selon besoin

Anexo II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de março de 2004.

Ilm.ª Sr.ª
Luiza Watanabe Dal Ben
Ref.: Processo nº 364/2004/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

O Comitê de Ética em Pesquisa desta Escola, em sessão de 16/03/2004, analisou o projeto de pesquisa "Assistência domiciliar: parâmetros para dimensionar o pessoal de enfermagem", e solicita cópia do ofício dirigido às empresas do setor privado e instituições do setor público, para serem anexadas ao processo.

Solicita, outrossim, que as respostas aos ofícios, quando obtidas, sejam encaminhadas à Secretaria deste Comitê, para serem, também, anexadas ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo III – Modelo de carta de solicitação de autorização para entrevistar os gerentes e enfermeiras de instituições vinculados às instituições do setor público e privado.

São Paulo, de de 2004.

À

Nome da Instituição ou Empresa

Ilmo. Senhor

e-mail:

Venho por meio desta solicitar a permissão para entrevistar o gerente/administrador(a) e o(a) enfermeiro(a) responsável pelo serviço de assistência domiciliária. Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa científica **"Assistência domiciliária: parâmetros para dimensionar pessoal de enfermagem"**, sob responsabilidade da enfermeira Luiza Watanabe Dal Ben, aluna do Programa de Pós-Graduação, curso Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A referida entrevista tem por objetivos, conhecer e analisar os parâmetros utilizados pelos enfermeiros e gerentes de serviços de Assistência Domiciliária para indicar os pacientes para essa assistência.

O contato inicial com o gerente e com a enfermeira será por telefone pela pesquisadora Luiza Watanabe Dal Ben, que, após o agendamento da data e horário e o consentimento livre e esclarecido serão entrevistados.

A pesquisadora compromete-se em manter o anonimato.

Agradeço a colaboração.

Pesquisadora: Luiza Watanabe Dal Ben
RG. 6 839 613
Tel: (0XX11) 3145 47 06
Tel: celular (0XX11) 9174 40 28
e-mail: luizadalben@uol.com.br

Orientadora: Raquel Rapone Gaidzinski
Profª Livre-Docente do Departamento de
Orientação Profissional – Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
Tel: (0XX11) 3039 9475
e-mail: raqui@usp.br

Anexo IV – Roteiro para entrevista semi-estruturada
Entrevista com o gerente / enfermeira

I) Dados de identificação do profissional:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Feminino Masculino

II) Formação profissional:

Tempo de atuação profissional: _____ anos

Função: _____

Cursos que possui:

Cursos de especialização não sim

Qual(is) _____

Possui título de especialista: não sim

Qual(is) _____

Mestrado não sim - Cite a área: _____

Doutorado não sim - Cite a área: _____

Há quanto tempo você atua em assistência domiciliar? _____

III) Questões Norteadoras:

1. Descreva como você indica um paciente para assistência domiciliar.
2. Descreva como você faz o planejamento do pessoal de enfermagem.

Anexo V - Termo de consentimento livre e esclarecido
(Elaborado conforme a Res. CNS 196/96)

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa **"Assistência domiciliar: parâmetros para dimensionar pessoal de enfermagem"**, sob responsabilidade da enfermeira Luiza Watanabe Dal Ben, aluna do Programa de Pós-Graduação, curso Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, autorizando a mesma a utilizar as informações por mim fornecidas para elaboração e divulgação de trabalho científico.

A referida pesquisa tem por objetivos, conhecer e analisar os parâmetros utilizados pelas enfermeiras e gerentes de serviços de Assistência Domiciliar para indicar os pacientes para essa assistência.

Declaro que minha participação é estritamente voluntária. Estou ciente de que as informações que forneci durante a entrevista gravada por Vera Lúcia Machado RG 12401.304-1 para fins deste estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa, será esclarecida pela pesquisadora. Será assegurado que em qualquer momento do estudo, os participantes poderão retirar seu consentimento de participação sem nenhum tipo de sanção ou prejuízo.

São Paulo, _____, de _____ de 2004

Assinatura do informante
RG:

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora: Luiza Watanabe Dal Ben
RG. 6.839.613
Tel: (0XX11) 3145 47 06
Tel: celular (0XX11) 9174 40 28
luizadalben@uol.com.br

Orientadora: Raquel Rapone Gaidzinski
Profª Livre-Docente do Departamento de
Orientação Profissional – Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Tel: (0XX11) 3039 9475
raqui@usp.br

Anexo VI

Perfil dos entrevistados que atuam em AD vinculados aos hospitais públicos, segundo a idade, sexo, tempo de formação, função, qualificação e tempo de atuação em AD. São Paulo, 2004.

Profissional	Idade (anos)	Sexo	Formação	Tempo de Formação Anos	Função	Mestrado (Área)	Doutorado (Área)	Tempo Assist. Domiciliária Anos (a)
G Pb1	55	M	Médico	30 (a)	Diretor Serv. AD	Epidemiologia da Tuberculose no idoso	Cursando	7 (a)
E Pb1	48	F	Enfermeira	12 (a)	Enfermeira Encarregada	Cursando	Não	5 (a)
G Pb2	58	F	Enfermeira	37 (a)	Gerente de Enfermagem	Cirurgia de cabeça e pescoço	Não	10 (a)
E Pb2	46	F	Enfermeira	13 (a)	Enfermeira	Não	Não	5 (a)
G Pb3	57	M	Médico	32 (a)	Médico	Oncologia	Não	10 (a)
E Pb3	43	F	Enfermeira	21 (a)	Enfermeira	Não	Não	2 (a)
G Pb4	38	F	Médico	12 (a)	Médico Assistente	Não	Não	5 (a)
E Pb4	44	M	Enfermeira	16 (a)	Chefe de Enfermagem	Não	Não	3 (a)

Anexo VII

Perfil dos entrevistados que atuam em AD de empresas privadas, segundo a profissão, idade, sexo, tempo de formado, a função e o tempo de experiência em AD. São Paulo, 2004.

Profissional	Idade (Anos)	Sexo	Formação	Tempo de formação Anos (a) Meses (m)	Função	Mestrado (Área)	Doutorado (Área)	Tempo Assist. Domiciliária Anos (a) Meses (m)
G Pv1	54	M	Médico	29 (a)	Gerente médico	Não	Não	5 (a)
E Pv1	35	F	Enfermeira	15 (a)	Enfermeira técnica operacional	Não	Não	5 (a)
G Pv2	62	F	Médica	28 (a)	Supervisora médica	Não	Cirurgia de trauma	5 (a)
E Pv2	41	F	Enfermeira	20 (a)	Gerente de enfermagem	Não	Não	6 (a)
G Pv3	34	M	Médico	10 (a)	Gerente geral	Não	Não	8 (a)
E Pv3	41	F	Enfermeira	12 (a)	Gerente de enfermagem	Não	Não	4 (a) e meio
G Pv4	41	F	Superior Incompleto		Diretor	Não	Não	Aprox. 11 (a)
E Pv4	43	M	Enfermeiro	20 (a)	Diretor	Não	Não	10 (a)
G Pv6	42	F	Enfermeira administradora	21 (a)	Diretora	Não	Não	15 (a)
E Pv6	44	F	Enfermeira	21 (a)	Diretora / enfermeira	Não	Não	15 (a)
G Pv5	43	M	Engenharia de sistemas	18 (a)	Diretor	Economia gestão e saúde	Cursando	10 (a)
E Pv5	35	F	Enfermeira	9 (a)	Gerente de enfermagem	Saúde do adulto e infecção	Não	4 (a)

Profissional	Idade (Anos)	Sexo	Formação	Tempo de formação Anos (a) Meses (m)	Função	Mestrado (Área)	Doutorado (Área)	Tempo Assist. Domiciliária Anos (a) Meses (m)
G Pv7	31	F	Enfermeira	9 (a)	Diretora	Não	Não	5 (a)
E Pv7	31	F	Enfermeira	8 (a)	Gerente de enfermagem	Não	Não	8 (m)
G Pv8	44	F	Bióloga	24 (a)	Diretora / administradora	Fisiologia	Não	6 (a)
E Pv8	39	F	Enfermeira	18 (a)	Diretora	Não	Não	10 (a)
G Pv9	38	F	Enfermeira	18 (a)	Gerente de operação	Cursando	Não	9 (a)
E Pv9	28	F	Enfermeira	6 (a)	Enfermeira da captação	Não	Não	4 (a)
G Pv10	42	F	Psicóloga	17 (a)	Coordenadora de <i>Home Care</i>	Psicologia genética	Não	14 (a)
E Pv10	39	F	Enfermeira	15 (a)	Diretora	Saúde do adulto	Cursando	6 (a)
G Pv11	48	F	Médica	22 (a)	Coordenadora de <i>Home Care</i>	Epidemiologia	Práticas de saúde e assist. domiciliar	10 (a)
E Pv11	27	F	Enfermeira	2 (a) 5 (m)	Enfermeira	Não	Não	9 (m)
G Pv12	42	F	Enfermeira	18 (a)	Diretora operacional	Não	Não	7 (a)
E Pv12	45	F	Enfermeira	23 (a)	enfermeira RH e educação continuada	Não	Não	4 (a)
G Pv13	43	F	Enfermeira	21 (a)	Diretora	Administração em enfermagem	Não	15 (a)

Profissional	Idade (Anos)	Sexo	Formação	Tempo de formação Anos (a) Meses (m)	Função	Mestrado (Área)	Doutorado (Área)	Tempo Assist. Domiciliária Anos (a) Meses (m)
E Pv13	32	F	Enfermeira	9 (a) 5 (m)	Enfermeira assistencial	Cursando	Não	3 (a)
G Pv14	41	M	Administração	22 (a)	Gerente administrativo	Não	Não	3 (a)
E Pv14	29	F	Enfermeira	7 (a)	Gerente de enfermagem	Não	Não	6 (a)
G Pv15	43	M	Ciências contábeis	17 (a)	Gerente administrativo	Não	Não	7 (a)
E Pv15	33	F	Enfermeira	12 (a)	Gerente técnica	Não	Não	11 (a) e meio
G Pv16	44	M	Médico	18 (a)	Diretor administrativo	Não	Não	6 (a)
E Pv16	33	F	Enfermeira	11 (a)	Gerente home care	Não	Não	10 (a)
G Pv17	33	F	Ciências contábeis	13 (a)	Diretora administrativa	Não	Não	5 (a)
E Pv17	39	F	Enfermeira	10 (a)	Enfermeira coordenadora	Não	Não	3 (a) e meio
G Pv18	42	F	Nutricionista	20 (a)	Diretora / nutricionista	Não	Nutrição	5 (a)
E Pv18	32	F	Enfermeira	10 (a)	Coordenadora de enfermagem	Não	Não	1 (a)
G Pv19	35	M	Médico	8 (a)	Coordenador médico	Não	Não	4 (a)
E Pv 19	35	F	Enfermeira	15 (a)	Supervisora	Não	Não	1 (a) e meio
G Pv20	44	M	Médico	19 (a)	Coordenador do programa <i>Home Care</i>	Cirurgia geral	Cirurgia geral	6 (a)
E Pv20	31	F	Enfermeira	7 (a)	Enfermeira coordenadora	Não	Não	5 (a)