



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**INTERNAÇÃO DOMICILIAR: PERFIL DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL E DE SEUS CUIDADORES**

**Talita Lemos Andrade**

Brasília, setembro 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**INTERNAÇÃO DOMICILIAR: PERFIL DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL E DE SEUS CUIDADORES**

**Talita Lemos Andrade**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

**Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Queiroz**

**Co-orientador: Prof. Dr. Emerson Fachin Martins**

Brasília, setembro 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1017987.

A553i Andrade, Talita Lemos.  
Internação domiciliar : perfil de pacientes com acidente  
vascular cerebral e de seus cuidadores / Talita Lemos  
Andrade. -- 2014.  
xvi, 98 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação  
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2014.

Orientação: Elizabeth Queiroz ; coorientação:  
Emerson Fachin Martins.

1. Acidentes vasculares cerebrais - Pacientes. 2.  
Serviços de assistência domiciliar. 3. Cuidadores.  
4. Idosos - Cuidados médicos. 5. Saúde pública - Brasil.  
I. Queiroz, Elizabeth. II. Martins, Emerson Fachin.  
III. Título.

CDU 616.831-005.1



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**DISSERTAÇÃO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:**

**Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Presidente**

Universidade de Brasília – UnB

**Prof. Dr. Oviomar Flores – Membro**

Universidade de Brasília – UnB

**Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Membro**

Universidade de Brasília – UnB

**Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira – Suplente**

Universidade de Brasília – UnB

Brasília, setembro 2014

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades; lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”*

Charles Chaplin

Dedico esse trabalho a todos aqueles que contribuem  
no seu dia a dia para um Brasil melhor.  
Também o dedico a todos os pacientes que já  
estiveram ou estão sob meus cuidados, lembrando  
que é por eles, com eles e para eles que se  
justifica meu exercício profissional.

## AGRADECIMENTOS

Ao Universo, por me oportunizar esse aprendizado, crescimento e contribuição.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elizabeth Queiroz por ter me acolhido, me ensinado e se esforçado tanto para a evolução e conclusão desse trabalho.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Emerson Fachin Martins, por todo o movimento que tivemos quando da elaboração do projeto inicial, bem como por sua valiosa participação no processamento e análise estatística dos dados, e nas recomendações finais.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Oviromar Flores, Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo e Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, pela disponibilidade e interesse de contribuir com esse trabalho.

À coordenação e ao comitê gestor do Projeto Ensino na Saúde, Profa. Dra. Gardênia da Silva Abbad, Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira e Profa. Dra. Elizabeth Queiroz, pelos ensinamentos e principalmente pela forma que conduziram meus momentos de dificuldade.

Aos Professores Dr. Oviromar Flores, Dr. José Antonio Iturri, Dra. Patricia Escalda, Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães, Dra. Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira, Dra. Daniele Nunes Henrique Silva, Dra. Claisy Maria Marinho Araújo, Dra. Denise de Souza Fleith, pela grande contribuição na minha formação profissional.

À Dra. Rosalina Aratani Sudo, subsecretária de Atenção Primária à Saúde, por ter apostado no meu propósito.

Às chefias do NRAD Ceilândia, nas pessoas de Márcia Soares Evangelista e Bianca de Souza Marques que autorizaram o cenário para a pesquisa e não mediram esforços para que ela se realizasse. À equipe do NRAD Ceilândia, por toda a colaboração, meu respeito e gratidão.

À Regional de Saúde de Ceilândia, pelo termo de concordância.

À Enfa. e Mestre Valdenísia Apolinário Alencar pela amizade, incentivo e apoios incondicionais.

À Dra. Liiamar Magalhães pela escuta diferenciada e de sustentação.

À Graciana Sulino Assunção, pela intensa e cuidadosa participação na formatação e organização gráfica deste trabalho. Ao Dr. Rafael Mota Pinheiro e às Dras. Virgínia Turra e Fernanda Doca pelas importantes colaborações quanto à apresentação do trabalho.

Aos colegas do curso por tudo que compartilhamos. Meu especial agradecimento às doutorandas Luiza de Marilac Meireles Barbosa e Denise de Lima Costa Furlanetto pelo companheirismo.

Aos funcionários Fernanda, Cláudia, Maria, Alexandra, Sérgio Paixão, Luciano e acadêmico Gilberto, pela colaboração durante essa jornada.

Ao meu pai, pelo significado que tem na minha existência.

À minha mãe, que pautou sua vida no ato de cuidar, me fazendo beneficiária dessa dedicação.

Ao meu marido, pelo carinho, dedicação, apoio e incentivo cotidiano e que me faz lembrar que o nascer de um novo dia é mais uma oportunidade para agradecer e renovar a esperança.

Aos meus filhos, que são meu sol e minha lua, e razão maior do meu viver.

À minha irmã, cuidadora principal do nosso verdadeiro tesouro.

À minha sobrinha Bárbara, acadêmica de psicologia, por suas carinhosas e confortantes mensagens de apoio nos momentos críticos.

Às amigas Maria Aparecida Guerra, Maria Dulcimar Ferreira Del Castillo e Sandra Jardeny Moita de Aguiar, por existirem na minha vida.



## RESUMO

A internação domiciliar, política pública do Sistema Único de Saúde no Brasil, é efetivada, em âmbito nacional, pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) que, no Distrito Federal, é desenvolvido pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), vinculados à Secretaria de Saúde. A pesquisa objetiva caracterizar o PID para os pacientes com acidente vascular cerebral do NRAD Ceilândia, no período de maio de 2009 a maio de 2013. Trata-se de estudo exploratório, quantitativo e retrospectivo que utilizou fontes secundárias. As variáveis foram processadas por meio de estatística descritiva. As inferências estatísticas foram realizadas por testes paramétricos ou não, a depender do tipo de distribuição da variável. Desconsiderando a perda de informação, comum aos trabalhos que utilizam fontes secundárias, a equipe multiprofissional do NRAD Ceilândia prestou assistência a 86 pacientes sequelados de AVC. Os admitidos no programa de internação domiciliar e/ou seus cuidadores receberam um total de 2075 atendimentos diretos, no domicílio ou nas dependências do NRAD. A maior parte dessa assistência foi cumprida pela equipe de enfermagem. Esses usuários tinham de 31 a 97 anos, perfazendo média de idade de  $75,1 \pm 14,4$  anos. A maior parte deles era mulheres (52%), casadas, católicas e aposentadas. Todos residiam em casa de alvenaria e estavam acomodados em quarto individual. Os familiares que coabitavam o domicílio eram cônjuge, filhos, netos, genro e nora. Dentre eles, a filha foi a mais prevalente, seguida pelo cônjuge, com média de idade de  $42,3 \pm 14,5$  e  $66,7 \pm 15,5$  anos, respectivamente. No momento da admissão na internação domiciliar, 55 possuíam úlceras de pressão (UP), a maioria com UP múltiplas e de graus 2 e 3. Baixa prevalência do uso de traqueostomia, hemodiálise, sonda vesical de alívio e sonda vesical de demora, mas significativo uso de sonda nasoenteral, foram características que não se modificaram no transcorrer da internação domiciliar. Os cuidadores principais eram majoritariamente filhas, casadas, com nível médio de escolaridade e média de idade de  $46,5 \pm 12,7$ . Cinquenta e cinco desses cuidadores principais participaram de pelo menos uma das 13 reuniões de cuidadores, promovidas pelo NRAD, no quadriênio da pesquisa. Quando existiram segundos cuidadores, manteve-se uma maior tendência de filhas, e apenas uma minoria esteve presente em uma dessas reuniões. O tempo médio de internação domiciliar foi de 348 dias para os pacientes que receberam alta no período estudado. A maior causa de alta do serviço foi óbito (68%). A rehospitalização ocorreu para a maioria dos usuários, sendo a pneumonia o principal motivo. Espera-se que de posse desses perfis, o NRAD Ceilândia consiga rever seu processo de trabalho com vistas a aprimorar o PID. Sugere-se que as ações sejam focadas em quatro eixos: 1) ampliação do olhar profissional para além do modelo biomédico; 2) ênfase na melhora da capacidade funcional dos pacientes, mas também na prevenção dos agravos inerentes à essa condição de limitação; 3) cuidado ao cuidador e 4) maior inserção no sistema de rede de serviços.

**Palavras-chave:** acidente vascular cerebral, serviços de assistência domiciliar, perfil do cuidador.

## ABSTRACT

The home hospitalization is a public policy of the Brazilian Health System. It is carried nationwide by the Home Hospitalization Program (PID) in the Federal District and developed by Home Hospital Regional Centers (NRAD) linked to the local Department of Health. The study sought to characterize the PID for patients with stroke sequelae at the NRAD of Ceilândia from May 2009 to May 2013. This is an exploratory study that use quantitative and retrospective secondary data. The variables were processed using descriptive statistics. The statistical inference was performed by non-parametric tests and depending on the type of variable distribution. Excluding the loss of information common to studies that use secondary data, the multidisciplinary team of NRAD Ceilândia provided assistance to 86 patients with stroke sequelae. Those admitted to home hospitalization and/or their caregivers received a total of 2075 attendances at home or on the premises of the NRAD. Nurses performed most of this assistance. The users had between 31 to 97 years ( $75.1 \pm 14.4$  years) and most of them were women (52%), married, catholic and retired. All lived in brick houses and were accommodated in a single room. Relatives who lived the household were spouse, children, grandchildren, son in law and daughter in law. Among them, the daughter was the most prevalent followed by the spouse with a mean age of  $42.3 \pm 14.5$  and  $66.7 \pm 15.5$  years, respectively. At the time of admission to home care, 55 had pressure ulcers (PU), most with multiple UP (grades 2 and 3), low prevalence of tracheostomy, hemodialysis, and relief of urinary catheter; the use of a nasogastric tube were feature that have not changed in the course of home hospitalization. The main caregivers were mostly daughters, married and age average of  $46.5 \pm 12.7$  years. Fifty-five of these primary caregivers participated in at least one of 13 meetings promoted by caregivers NRAD in the four years research period. When there were a second caregiver it remained more likely to be daughters and only a minority was present at one of these meetings. The mean duration of home hospitalization was 348 days for patients discharged during the study period. The major cause of discharge was death (68%). The re hospitalization occurred for most users, being pneumonia as the main reason for it. The results here shown is expected to help NRAD Ceilândia improve their work process in order achieve PID goals. It is suggested that actions focus in four areas: 1) expansion of professional approach beyond the biomedical model; 2) emphasis on enhancing the functional capacity of patients, but also in the prevention of injuries related to this limitation status; 3) care for the caregiver, and 4) greater integration into the service network system.

**Keywords:** stroke, home hospitalization, caregiver's profile.

## SUMÁRIO

|                                                                                             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>EPIGRAFE</b> .....                                                                       | <b>v</b>    |
| <b>DEDICATÓRIA</b> .....                                                                    | <b>vi</b>   |
| <b>AGRADECIMENTOS</b> .....                                                                 | <b>vii</b>  |
| <b>RESUMO</b> .....                                                                         | <b>ix</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                                                       | <b>x</b>    |
| <b>SUMÁRIO</b> .....                                                                        | <b>xi</b>   |
| <b>LISTA DE TABELAS</b> .....                                                               | <b>xiii</b> |
| <b>LISTA DE FIGURAS</b> .....                                                               | <b>xiv</b>  |
| <b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS</b> .....                                       | <b>xv</b>   |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                                                     | <b>1</b>    |
| <b>CAPÍTULO 1 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR</b> .....                                             | <b>8</b>    |
| <b>1.1. Internação domiciliar no Distrito Federal: dados históricos</b> .....               | <b>8</b>    |
| <b>1.2. O NRAD de Ceilândia</b> .....                                                       | <b>10</b>   |
| <b>1.3. Os sobreviventes de acidente vascular cerebral</b> .....                            | <b>16</b>   |
| <b>CAPÍTULO 2 – O CUIDADOR</b> .....                                                        | <b>21</b>   |
| <b>2.1. Caracterização do cuidador</b> .....                                                | <b>21</b>   |
| <b>2.2. O cuidador e a internação domiciliar</b> .....                                      | <b>25</b>   |
| <b>CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS</b> .....                                                         | <b>30</b>   |
| <b>3.1 Objetivo geral</b> .....                                                             | <b>30</b>   |
| <b>3.2 Objetivos específicos</b> .....                                                      | <b>30</b>   |
| <b>CAPÍTULO 4 – MÉTODO</b> .....                                                            | <b>31</b>   |
| <b>4.1. Caracterização do estudo</b> .....                                                  | <b>31</b>   |
| <b>4.2. Procedimentos éticos</b> .....                                                      | <b>31</b>   |
| <b>4.3. Critérios de inclusão e de exclusão</b> .....                                       | <b>31</b>   |
| <b>4.4 Local do estudo</b> .....                                                            | <b>31</b>   |
| <b>4.5. Instrumento</b> .....                                                               | <b>31</b>   |
| <b>4.6. Procedimentos para coleta dos dados</b> .....                                       | <b>32</b>   |
| <b>4.7. Procedimentos para análise dos dados</b> .....                                      | <b>33</b>   |
| <b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                            | <b>34</b>   |
| <b>5.1. Organização das informações coletadas</b> .....                                     | <b>34</b>   |
| <b>5.2. Descrição do usuário e seu acesso ao serviço de internação domiciliar</b> .....     | <b>43</b>   |
| <b>5.3. Descrição do contexto habitacional e familiar</b> .....                             | <b>49</b>   |
| <b>5.4. Descrição dos cuidadores principais dos usuários da internação domiciliar</b> ..... | <b>55</b>   |
| <b>5.5. Descrição dos segundos cuidadores dos usuários da internação domiciliar</b> .....   |             |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| .....                                                                                   | 59        |
| <b>5.6. Descrição da internação domiciliar .....</b>                                    | <b>60</b> |
| <b>5.7. Descrição do transcorrer da internação domiciliar e rehospitalizações .....</b> | <b>64</b> |
| <b>5.8. Descrição da alta da internação domiciliar .....</b>                            | <b>69</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                       | <b>73</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                | <b>81</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                     | <b>92</b> |

**LISTA DE TABELAS**

|                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Caracterização das variáveis que descrevem o usuário e seu acesso com análise das perdas .....                                                                        | 35 |
| Tabela 2. Caracterização das variáveis que descrevem o cuidador com análise das perdas ..                                                                                       | 40 |
| Tabela 3. Caracterização das variáveis que descrevem a internação domiciliar com análise das perdas .....                                                                       | 42 |
| Tabela 4. Descrição quantitativa das variáveis desconsideradas por conjunto de dados .....                                                                                      | 43 |
| Tabela 5. Proporções da distribuição dos Registros Gerais (RG) expedidos para usuários do serviço de internação domiciliar no DF por unidade federativa e região de procedência | 45 |
| Tabela 6. Proporções da distribuição dos Registros Gerais (RG) para cuidadores principais no DF .....                                                                           | 56 |
| Tabela 7. Caracterização das variáveis que descrevem o segundo cuidador .....                                                                                                   | 59 |
| Tabela 8. Encaminhamentos ao serviço de internação domiciliar em análise geral e por presença de úlcera de pressão .....                                                        | 60 |
| Tabela 9. Casuística dos motivos de alta do serviço de internação domiciliar .....                                                                                              | 70 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. <i>Box-plots</i> da porcentagem de perdas das variáveis por conjunto de dados .....                                                    | 39 |
| Figura 2. Distribuição de frequência da procedência dos usuários por unidade federativa (n=86) .....                                             | 44 |
| Figura 3. <i>Box-plot</i> da distribuição da idade na data de expedição do RG .....                                                              | 46 |
| Figura 4. Curva de número de admitidos no serviço de internação domiciliar .....                                                                 | 47 |
| Figura 5. Condição de moradia, tipo de habitação e forma de acomodação do usuário .....                                                          | 51 |
| Figura 6. Porcentagem de usuários com parente coabitante .....                                                                                   | 53 |
| Figura 7. <i>Box-plots</i> da distribuição da idade que tinha cada sujeito coabitante por grau de parentesco .....                               | 53 |
| Figura 8. Procedência dos cuidadores principais por unidade federativa (n=86) .....                                                              | 55 |
| Figura 9. <i>Box-plot</i> da distribuição da idade do cuidador principal na data da expedição do RG .....                                        | 57 |
| Figura 10. Porcentagem de escolarização dos cuidadores principais .....                                                                          | 58 |
| Figura 11. Porcentagem de ocorrência dos diferentes graus de úlcera de pressão (UP) na amostra e nos grupos separados por tipo de UP.....        | 61 |
| Figura 12. <i>Box-plots</i> da distribuição de atendimentos diretos por profissional da equipe multiprofissional .....                           | 63 |
| Figura 13. Média e desvio-padrão (DP) do número de atendimentos diretos por usuário para o total de profissionais e para cada profissional ..... | 64 |
| Figura 14. Curva de evolução do tipo e grau de úlcera de pressão observada na admissão e no transcorrer da internação domiciliar .....           | 65 |
| Figura 15. <i>Box-plot</i> da distribuição do número de rehospitalizações dos usuários da internação domiciliar .....                            | 68 |
| Figura 16. Evolução anual do contingente de usuários que receberam alta .....                                                                    | 71 |

**LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

|          |                                                 |
|----------|-------------------------------------------------|
| ANVISA   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária        |
| ACS      | Agente Comunitário de Saúde                     |
| AVC      | Acidente Vascular Cerebral                      |
| AVE      | Acidente Vascular Encefálico                    |
| CBO      | Classificação Brasileira de Ocupações           |
| CODEPLAN | Companhia de Planejamento do Distrito Federal   |
| DF       | Distrito Federal                                |
| DI       | Doença Infecciosa                               |
| DIAE     | Diretoria de Áreas Estratégicas                 |
| DIRAPS   | Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde |
| DM       | Diabetes Mellitus                               |
| DP       | Desvio Padrão                                   |
| ECVE     | Escala da Cruz Vermelha Espanhola               |
| EJA      | Educação para Jovens e Adultos                  |
| EMAD     | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família                     |
| GDF      | Governo do Distrito Federal                     |
| GEAD     | Gerência de Atenção Domiciliar                  |
| GTT      | Gastrostomia                                    |
| HRC      | Hospital Regional de Ceilândia                  |
| HAS      | Hipertensão Arterial Sistêmica                  |
| HMDL     | Hemodiálise                                     |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI     | Instituição de Longa Permanência do Idoso       |
| ITU      | Infecção do Trato Urinário                      |
| NRAD     | Núcleo Regional de Atenção Domiciliar           |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                    |
| ONU      | Organização das Nações Unidas                   |
| PID      | Programa de Internação Domiciliar               |
| PNM      | Pneumonia                                       |
| POD      | Programa de Oxigenoterapia Domiciliar           |
| PDOT     | Plano Diretor de Ordenamento Territorial        |
| PSE      | Programa Saúde na Escola                        |
| PSF      | Programa de Saúde da Família                    |

|        |                                                       |
|--------|-------------------------------------------------------|
| QV     | Qualidade de Vida                                     |
| RG     | Registro Geral                                        |
| SAMED  | Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio |
| SAMU   | Serviço de Atendimento Médico de Urgência             |
| SAPS   | Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde             |
| SAS    | Secretaria de Assistência à Saúde                     |
| SES/DF | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal     |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido            |
| TQT    | Traqueostomia                                         |
| UnB    | Universidade de Brasília                              |
| UF     | Unidade Federativa                                    |
| UP     | Úlcera de pressão                                     |



## INTRODUÇÃO

Antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 1988 pela Constituição Federal, já era possível localizar pesquisa que apontava para programas experimentais focados na atenção domiciliar de pacientes crônicos frente à grande quantidade de sujeitos em internação hospitalar prolongada (Cordeiro et al., 1977). Definida como hospitalização redundante, com base na dependência aos cuidados de enfermagem, a permanência em ambiente nosocomial, além de expor os sujeitos a riscos, contribui para a ocupação de leitos, consumo de recursos financeiros e humanos, além do necessário (Cordeiro et al., 1977).

Decorridos mais de 30 anos das propostas preliminares, hoje, no Brasil, a internação domiciliar já conta com política pública que a insere no âmbito do SUS (Brasil, 2006a; 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013f; 2013g), direcionada sobretudo a pessoas em estado de dependência funcional, que apresentem doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras); sequelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros; úlceras de decúbito agudizadas por infecção e ou com repercussão sistêmica; sequelas de agravos ou pós-operatório de cirurgia de grande porte, todos os grupos com quadros clínicos estáveis (Portal do GDF - Programa de Internação Domiciliar).

Tal política de saúde se concretiza em muitos municípios brasileiros por meio do Programa de Internação Domiciliar (PID). Esse programa, no Distrito Federal (DF), está implantado pela formação dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) (Brasília, 2008a; 2008b), que têm se estruturado gradativamente desde 2007 nas Coordenações Gerais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), precedidos pelo Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio (SAMED), das regionais de Sobradinho e Planaltina, em funcionamento desde 1994.

Apesar da evolução histórica para assistência das condições crônicas, o controle das doenças crônicas não transmissíveis continua a dominar a agenda dos sistemas de atenção à saúde no mundo e no Brasil, visto que, a prevenção e a cura para muitas doenças ainda não estão disponíveis, e por já existir uma grande parte da população vivendo em condições crônicas incapacitantes (Bagshaw et al., 2009; Brasil, 2013h; 2011a; Clark, 2003; Cordeiro et al., 1977; Pot et al., 2009, Rizzi et al., 2009; Schmidt & Duncan, 2011; Tibaldi et al., 2009).

No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1980 e 2009, a expectativa de vida do brasileiro passou de 62,5 anos para 73,3 anos, um aumento de mais de uma década de vida e estima-se que o brasileiro, em 2025, viva, em média, 77 anos de idade (IBGE, 2010). Isso faz com que uma porcentagem maior de pessoas viva parte de sua vida em estado de incapacidade física ou mental (Araújo, 2013).

Nesse contexto, a promoção da saúde não deve limitar-se apenas à prevenção de doenças, mas também à prevenção de agravos consequentes às doenças crônicas não transmissíveis, com vistas a reduzir a necessidade de rehospitalização e prevenir a mortalidade precoce desses sujeitos.

Porém, se já é complexo promover a prática de ações preventivas, mundialmente conhecidas para a atenção básica como: imunização, aleitamento materno, padrão de alimentação, níveis de atividade física, cessação do tabagismo dentre outros, desafio, ainda maior, será colocar em prática ações preventivas secundárias, que são pouco conhecidas e estão relacionadas à prevenção na população de dependentes funcionais (Camargos, Machado & Rodrigues, 2008; Camargos, Lacerda, Viana, Pinto & Fonseca, 2009; Clark, 2003; Gaspar, Oliveira & Duayer, 2007; Ham, 2012).

Um fato importante é que, embora as doenças crônicas, em sua grande maioria, não conduzam o indivíduo para a morte prematura, são excessivamente onerosas em termos socioeconômicos, por incorrer na redução da produtividade e da qualidade de vida, bem como por promover o sofrimento humano. Artrite, diabetes, asma, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), dentre outras, são bons exemplos dessas condições (Dal Ben & Gaidiznski, 2006; Lipton, 2009; Rizzi et al., 2009; WHO, 2011; 2013; Brasil, 2011b; Schmidt & Duncan, 2011; Singh, 2008; Mocelin, Fisher, Ranzi, Rosa & Philomena, 2011).

Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVC morrem após seis meses, tendo como *causa mortis* a própria lesão neurológica ou complicações clínicas decorrentes dela. Dentre essas, se destacam as complicações de origem infecciosa (Perlini & Faro, 2005). Pessoas com história prévia de AVC têm 30 a 43% de risco de um AVC recorrente, em cinco anos. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz dessa doença a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental (Ferraz, Norton, & Silveira, 2013; Oliveira, et al. 2013). Também é a causa mais comum de incapacidade em adultos no Reino Unido, onde 50% de todos os AVC ocorrem em pessoas com idade maior que 70 anos (Simon, Everitt & van Dorp, 2013)

Com perda da independência e muitas vezes, da autonomia, tal condição pressupõe a necessidade de alguém que auxilie o paciente nas suas dificuldades de desempenho das atividades diárias. Essa condição faz com que a sobrevivida, bem como a qualidade de vida desses já sobreviventes, esteja intrinsecamente ligada à existência e qualidade dos cuidados. Ações preventivas, com vistas a evitar novo episódio de AVC incluem, dentre outras, controle de pressão arterial, exercícios físicos regulares e dieta com restrições específicas.

O Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar estabelece como critério para admissão de paciente, a presença de um cuidador. O ato de cuidar está relacionado a dedicação, responsabilidade, atenção, condições que frequentemente geram desgaste a quem cuida. Sendo esse cuidado concedido de forma contínua, como requer um indivíduo com dependência funcional, tende a levar o cuidador a um processo de adoecimento (Gratão et al., 2013), que poderá ser evitado ou minorado com assistência devida, não só ao indivíduo cuidado como também ao seu cuidador.

Como na atualidade o indivíduo tende a viver mais e é sabido que a forma de viver, idade, gênero, fatores culturais e aspectos biopsicossociais agem em conjunto para determinar sua saúde e vulnerabilidade à doença, um olhar mais aprofundado sobre o cuidador, tendo como apoio a identificação de seu perfil, poderá subsidiar ações programadas para prevenção e promoção de sua saúde. De acordo com Straub (2005), a expectativa média de vida aumentou em mais de vinte anos durante o século XX e as principais causas de morte, atualmente, são consideradas “doenças do estilo de vida” e portanto, evitáveis.

O modelo de saúde no Brasil encontra sérios problemas neste cenário pois tem como base organizacional a característica de ser fragmentado em especialidades, hospitalocêntrico e hierarquizado, à semelhança do que discorre Almeida Filho (2010) sobre o modelo biomédico flexneriano, na perspectiva biologicista da doença e estruturado para atender condições agudas acionadas pela demanda populacional. Essa demanda, comumente constatada nos hospitais, é formada por condições sensíveis à atenção primária (Alfradique et al., 2009; Caldeira, Fernandes, Fonseca & Faria, 2011; Fernandes, Caldeira, Faria & Neto, 2009; Moura et al., 2010), que se somam às internações hospitalares de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis com prognóstico reservado, a exemplo das doenças oncológicas fora de possibilidade terapêutica de cura, que poderiam ser contempladas com a sequência de cuidados no domicílio (Dal Ben & Gaidiznski, 2006; Mendes, 2012; Mesquita, Anselmi, Santos & Hayashida, 2005; Moreira & Dutilh Novaes, 2011; Silva, Sena, Leite, Seixas & Gonçalves, 2005; Souza & Costa, 2011; Tibaldi et al., 2009).

Nesse contexto, observa-se que apesar da competência no tratamento das doenças, a assistência hospitalar tornou-se ineficaz na resolubilidade de algumas delas e de seus agravos, elevando a média de permanência dos pacientes internados e os episódios de rehospitalizações (Dutra, Moriguchi, Lampert & Figueiredo, 2011; Garbinato et al., 2007; Mendes, 2012), favorecendo a reinternação dos mesmos, sem sanar o problema que motivou a internação (Estrella, Oliveira, Sant’Anna & Caldas, 2009; Guerra e Ramos-Cerqueira, 2007; Loyola Filho et al., 2004).

Com essas particularidades, por vezes podendo ser avaliadas como inadequações do cuidado, hospitais são espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, tendendo a reproduzir esse modelo médico-assistencial hegemônico, tanto na divisão técnica do processo de trabalho com fragmentação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, quanto na perda da qualidade na relação dos profissionais de saúde com os pacientes (Brasil, 2011a).

Levcovitz e Garrido (1996, p. 1) afirmam que “se a formação dos profissionais, principalmente do médico e do enfermeiro, não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na prática do dia-a-dia” e Cordeiro et al. (1977) consideram que a prática médica deve propor-se a desospitalizar o paciente, o que traz repercussões no ensino médico, contribuindo para desospitalizá-lo. Perim, Abdalla, Aguiar-da-Silva, Lampert, Stella e

Costa (2009) por sua vez, afirmam que é essencial que a formação profissional em saúde, além de atender às questões educacionais, responda prioritariamente aos problemas e às necessidades de saúde da população. Essas três considerações distintas, se aplicadas, poderão contribuir para a alteração dos padrões de ensino, com vistas a restaurar a prática médica integral, descaracterizada pela superespecialização.

Nessa nova perspectiva, Feuerwerker e Merhy (2008), Rehem e Trad (2005), Silva et al. (2005) e Silva, Sena, Seixas, Feuerwarker e Mehry (2010) informam que, com a implementação do processo de desospitalização, esses pacientes com hospitalização redundante estão sendo gradativamente alocados em serviços de assistência e/ou internação domiciliar, que apresentam-se como uma rede substitutiva e complementar simultânea de cuidado continuado. Esses autores destacam que tal estratégia produz novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, dos cuidadores, da rede social, dos profissionais de saúde e dos estudantes das várias áreas de saúde. Além de possibilitar a humanização do atendimento, devem substituir o paradigma da cura e o foco na doença, pelo modelo centrado no cuidado e no binômio paciente/família, quer para o processo de orientação das noções básicas de cuidados a um dependente, quer para percepção do perfil sócio-econômico-cultural desse binômio, bem como para a coordenação de cuidados.

Também poderão ser ressaltados como pontos positivos da desospitalização, a economia com hotelaria; redução de internações e reinternações; disponibilização de leitos hospitalares; diminuição dos custos de assistência e possibilidade extraordinária de ampliação dos horizontes do ensino-aprendizagem. Entretanto, não há que se esquecer, que uma vez desospitalizado, o dependente funcional passa a ocupar o leito extra-hospitalar, ou seja, o leito domiciliar. Nessas circunstâncias, é inerente ao processo de desospitalização, a necessidade de infra estrutura mínima e de qualificação de recursos humanos que garantam ser o domicílio, o cenário para a continuação do cuidado que deverá ser mantido pautado nos princípios do SUS. Santos, Leon e Funghetto (2011) alertam para a necessidade de observância dos princípios éticos na modalidade de assistência domiciliar, de modo a não tornar este tipo de cuidado benéfico apenas para uma das partes, e sim um bem comum a todos os sujeitos envolvidos nesse cuidado. O grande risco é ter resolvida a questão institucional, mas não a do paciente e de sua família.

Flesch (2013), ao considerar as hospitalizações-desospitalizações-reospitalizações frequentes entre idosos, recomenda que durante as hospitalizações, essa clientela receba das equipes de saúde orientações adequadas, a fim de minimizar ou evitar incapacidades e danos, evitar internações subsequentes e assegurar qualidade de vida. Nesse sentido, a autora propôs avaliação de intervenções focadas na transição hospital domicílio, após ter realizado uma investigação no Hospital Regional de Ceilândia. Com o objetivo principal de identificar, descrever e analisar a percepção de idosos e cuidadores familiares sobre a alta hospitalar, concluiu que esse momento

deve prever orientação centrada nas demandas específicas dos usuários, sejam eles pacientes, familiares e/ou cuidadores. Salientou a pesquisadora que, para a Psicologia do Desenvolvimento Humano e Saúde, a preocupação atual sobre o envelhecimento é o desenvolvimento saudável. Sendo assim, reforça o que a literatura tem proposto: ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde tanto para pacientes quanto para cuidadores que são hoje, os idosos de hoje ou os de amanhã.

Silva et al. (2005) destacam que um dos primeiros passos para o cuidado no domicílio é o estabelecimento de parceria entre a equipe de saúde e o paciente/família no processo de tomada de decisões relacionado ao cuidado à saúde, com responsabilidade equitativamente distribuída, o que requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como o reconhecimento de novos arranjos e articulações, característicos de cada grupo familiar.

Como já descrito, no Distrito Federal o PID é efetivado pelos NRAD e atualmente já conta com a implantação de um protocolo de desospitalização, que ocorreu originalmente em Ceilândia em 2013, sendo posteriormente ampliado e oficializado como fluxo de desospitalização para todos os demais NRAD da SES/DF (Alencar, 2013). Tal iniciativa possibilitou normatizar a demanda de pacientes candidatos à internação domiciliar, preparando com antecedência, desde adequação de cenários até instruções elementares para familiares que seguirão na assistência aos desospitalizados.

Ter diagnóstico firmado e ser portador de doença crônica degenerativa, transmissível ou não, são critérios necessários para a elegibilidade do paciente no NRAD. Outro critério para admissão de paciente em internação domiciliar é a existência de um cuidador. Apesar dessa exigência, o cuidador do sujeito em internação domiciliar não está formalizado enquanto agente de saúde, não dispondo também de capacitação para enfrentamento das condições próprias da relação cuidador-cuidado, apesar da tramitação do Projeto de Lei 4702/12, já aprovado pelo Senado Federal. Em termos legais, não foi localizado nada específico para cuidador de pacientes em estado de dependência funcional, o que tem sido objeto de atenção do NRAD.

Em um estudo realizado por Fonseca, Penna e Soares (2008), direcionado a identificar as percepções de cuidadores familiares em pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE), foi concluído que, diante de todas as alterações impostas à vida desses cuidadores, somadas às sobrecargas física e emocional que tais alterações podem ocasionar, fica clara a necessidade de intervenções direcionadas aos cuidadores familiares e obviamente extensivas aos cuidadores formais. Tais intervenções não devem ser somente na direção de subsidiá-los tecnicamente para o cuidar do outro como também, com o mesmo grau de importância, para o autocuidado.

Frente ao exposto, a justificativa e relevância do estudo se deve ao fato de que a atenção domiciliar aparece como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, bem como pelo envelhecimento populacional e prevalência de

doenças crônicas não transmissíveis (Amaral, Cunha, Labronici, Oliveira & Gabbai, 2001; Clark, 2003; Lacerda, Giacomozzi, Oliniski & Truppel, 2006; Serafim & Ribeiro, 2011; Vecina Neto & Malik, 2007), representando significativa demanda para os PID, a figura do paciente sobrevivente de AVC. Tendo esse programa a exigência da presença de um cuidador, aprofundar o conhecimento sobre o perfil desses dois atores poderá subsidiar a implementação do processo de trabalho dos NRAD, contribuindo para o fortalecimento do PID, principalmente no que tange ao compromisso com o cuidador, seja na sua capacitação para o cuidar, seja na atenção à qualidade de vida desse sustentáculo da internação domiciliar. Além disso, como os NRAD estão em pleno funcionamento e processo de expansão no Distrito Federal, entende-se que a análise de elementos desses programas pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde e para o aperfeiçoamento dos serviços já implantados, rumo à efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Do ponto de vista pessoal, essa pesquisa representa a oportunidade de sistematizar reflexões sobre essa modalidade de cuidado. Pude perceber a necessidade desse estudo, a partir do momento em que passei a integrar a equipe de trabalho do NRAD Ceilândia desde maio de 2010, pouco mais de um ano após sua implantação. A variedade das situações de moradia e de poder aquisitivo, a diversidade de condições encontradas, relacionadas tanto ao paciente quanto ao seu cuidador, eram fatores que demandavam da equipe uma atenção ampliada. A necessidade de apropriação de conhecimento sobre eles, apresentada pelos servidores da equipe multiprofissional, saltava aos olhos. Como médica, com formação em Medicina Social e experiência na área de Saúde Comunitária, com atuação em Estratégia de Saúde da Família e coordenação de programas voltados para doenças crônicas e populações em condição de vulnerabilidade, tive a oportunidade de vivenciar extremos relacionados ao contínuo do desenvolvimento humano, desde a concepção do indivíduo até a discussão da finitude e a importância de ações que capacitem, técnica e emocionalmente, as pessoas envolvidas no ato de cuidar. Entretanto, cada experiência requer revisão das práticas ou não se efetivam.

Constatar, no cotidiano de trabalho, o impacto causado pela desospitalização na vida daqueles envolvidos, exigindo dos mesmos atitude imediata frente ao ato de cuidar e de ser cuidado, bem como a drástica alteração da dinâmica familiar, o desgaste físico e emocional do cuidador e a necessidade de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem continuado entre equipe e cuidadores, levou o NRAD Ceilândia a implantar o projeto Cuidando do Cuidador com estratégias de acolhimento, assistência à saúde, empoderamento e capacitação dos mesmos.

Assim, esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta a Internação Domiciliar como uma modalidade da Atenção Domiciliar, realizada por equipe multiprofissional específica para pessoas com quadros clínicos crônicos, porém estáveis, mas com dependência funcional que exigem cuidados que superam aqueles que possam ser assistidos pela

Estratégia de Saúde da Família. O segundo capítulo caracteriza o cuidador, familiar ou não do indivíduo cuidado, mas que exerce a função de facilitador de uma etapa no caminho do viver desse ser humano, figura imprescindível nos critérios de inclusão do paciente nessa política de atenção à saúde. No Capítulo 3 são expostos os objetivos. O Capítulo 4 apresenta o método, com descrição do tipo de estudo, cuidados éticos, local, instrumento utilizado e os procedimentos de coleta e análise dos dados. O Capítulo 5 inclui os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, nas Considerações Finais são apresentadas as principais conclusões deste trabalho, complementadas por limitações e sugestões para futuras pesquisas. As referências estão a seguir, de acordo com as normas da 6ª edição do Manual de Publicação da APA – *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2010).

## **CAPÍTULO 1**

### **INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

O presente capítulo descreve dados históricos da Assistência Domiciliar, particularmente da Atenção Domiciliar no Distrito Federal e a base legal da Internação Domiciliar. Ênfase é dada ao NRAD Ceilândia, cenário específico desta pesquisa, através da descrição dos processos de implantação e implementação desse serviço. São apresentadas ainda, informações sobre AVC e suas implicações.

#### **1.1 Internação domiciliar no Distrito Federal: dados históricos**

O Distrito Federal (DF) está situado na Região Centro-Oeste do país, onde ocupa uma área de 5.801,937 km<sup>2</sup>, apresenta uma população de 2.570.160 habitantes e um crescimento populacional acima da média nacional (IBGE, 2010). É uma unidade federativa diferente das demais 26, pois não é um estado, nem um município. É, na realidade, um território autônomo, dividido atualmente em trinta e uma regiões administrativas (RA), que correspondem a áreas territoriais cujos limites físicos, estabelecidos pelo poder público, definem a jurisdição da ação governamental para fins de descentralização administrativa e coordenação dos serviços públicos de natureza local (Brasil, 1964). Esses territórios têm como características, fortes diferenças socioeconômicas, evidenciadas particularmente pela renda domiciliar, determinante principal do padrão de vida de uma população.

Essa divisão estabelece sete zonas conforme o macrozoneamento do Distrito Federal, instituído pelo artigo 11 da Lei Complementar nº 17 de 28/01/97, referente ao Plano Diretor de Ordenamento Territorial do DF (PDOT). Essas zonas, por sua vez, são coincidentes com sete regiões de saúde, que possuem quinze coordenações gerais de saúde por onde estão espalhados os atuais 15 NRAD (Portal da SES-DF [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)).

A regionalização assistencial é consequência lógica da aplicação de princípios gerenciais aos sistemas de serviços de saúde a pessoas. É adotada em países com diferentes sistemas políticos, mas tendo como valores comuns, princípios de justiça social que procuram igualar as oportunidades de acesso aos serviços, ampliar a cobertura dos mesmos e obter a máxima eficiência dos recursos alocados ao setor. Dessa forma, é pautada em princípios epidemiológicos, tecnológicos e organizacionais (Chaves, 1977). Ceilândia, local de realização da presente pesquisa, corresponde à IX Região Administrativa e juntamente com Brazlândia, compõe a Região Oeste de saúde e ocupa uma área de 232 km<sup>2</sup>. Sua população, segundo Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2010/2011 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), é de 398.374 habitantes, caracterizando-a como a mais populosa do Distrito Federal.

A internação domiciliar é reconhecida no Brasil como uma política pública, existente no



âmbito do SUS e está voltada para pessoas em estado de dependência funcional. Tem suas raízes nos Estados Unidos, que em 1947 lançou a primeira Unidade de Assistência Domiciliar do mundo e foi seguido não só pela América do Norte como também pela Europa.

Nosso país criou em 1949 o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), ligado ao Ministério do Trabalho. Posteriormente, outras tantas experiências brasileiras relativas à abordagem no domicílio foram sendo evidenciadas, com destaque para o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo, que implantou na década de 1960, a Assistência Domiciliar como atividade planejada do setor público de saúde.

No Distrito Federal, a partir dos anos 1990, a importância da Internação Domiciliar passou a ser reconhecida em lei, o que significou um avanço na rede de saúde. A Portaria 2416 de 23/03/1998 estabeleceu critérios para credenciamento de hospitais para a realização de Internação Domiciliar no SUS. Em 2002, a Lei nº 10.424/2002 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde acrescentou à Lei 8.080 (Lei Orgânica de Saúde) o capítulo VI, intitulado “Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar”. No ano de 2006, três importantes documentos subsidiaram a consolidação da modalidade: a RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 26/01/2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar; a Portaria nº 20 da SES/DF de 02/05/2006, que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar no âmbito do Distrito Federal e a Portaria nº 2.529 do MS de 19/10/2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Para a viabilização dessas iniciativas, o financiamento do Serviço de Atenção Domiciliar está contemplado nos artigos 38 e 39 da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

De acordo com Alencar (2013), os marcos históricos da atenção domiciliar no Distrito Federal podem ser assim definidos:

1994: Criação do SAMED na Regional de Sobradinho;

1997: Implantação do NRAD de Planaltina;

2006: Consolidação dos núcleos de Sobradinho e Planaltina pela Resolução da Diretoria Colegiada número 11 da ANVISA e pela Portaria 2529 do Ministério da Saúde;

2002: Implantação do NRAD do Gama;

2007: Implantação do NRAD da Asa Norte;

2008: Implantação dos NRAD do Paranoá e do Guará;

2009: Implantação dos NRAD de São Sebastião, de Ceilândia, de Taguatinga e de Samambaia;

2011: Implantação dos NRAD do Núcleo Bandeirante, de Santa Maria, de Brazlândia e do Recanto das Emas;

2012: Implantação do NRAD da Asa Sul e realização do 1º Seminário em Atenção Domiciliar do DF;

2013: Publicação da Portaria 963, 1.026 e 1.208 para sistematização da Atenção Domiciliar.

Essa cronologia evidencia que num período decorrido de 20 anos, o DF tem suas quinze coordenações gerais de saúde contempladas pelos NRAD que viabilizam o desenvolvimento do programa de internação domiciliar, a exemplo do que ocorre em Ceilândia.

## **1.2 O NRAD Ceilândia**

Vinculado à Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD) da SES/DF, o NRAD Ceilândia foi implantado em janeiro de 2009 na maior e mais populosa regional de saúde do Distrito Federal. O NRAD Ceilândia tem, ao longo desses anos, contribuído para a melhoria da qualidade da atenção dispensada aos desospitalizados ainda com necessidade de cuidados específicos, na maioria dos casos com dependência funcional e enfrenta desde sua implantação, desafios em sua estruturação, quer física quer de composição de equipe, que dê conta da demasiada demanda.

O NRAD é responsável pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) e pelo Programa de Internação Domiciliar (PID). O POD está voltado para os pacientes portadores de doenças pulmonares, dependentes de oxigênio e o PID, foco da presente pesquisa, em sua grande parte é ocupado pelos sobreviventes de AVC. Nos últimos anos o NRAD Ceilândia teve um aumento significativo de admissões de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Essas afecções de origem oncológica, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, requerem, tanto da equipe multiprofissional quanto do cuidador, conhecimentos e saberes que, quando aplicados, proporcionam qualidade de vida ao internado.

Com instalação de apoio localizada no Ambulatório 2, ao lado do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), no momento da coleta de dados para o presente estudo, o NRAD utilizava três salas de não mais que 30 m<sup>2</sup> cada, espaço físico aquém do necessário para abrigar os profissionais e acomodar os arquivos, equipamentos e insumos. Tal condição não é exclusiva desse Núcleo. Como destaca a GEAD, as dificuldades da atenção domiciliar no DF são a insuficiência de carros próprios com motoristas, a deficiência de materiais e insumos necessários para o efetivo tratamento e acompanhamento dos pacientes cadastrados, a insuficiência de recursos humanos para complementar as atuais e implantar novas equipes, carência de infra-estrutura física adequada, ausência de transporte sanitário e de normatização para gerenciamento de resíduos sólidos em saúde, produzidos nos domicílios (Portal da Inovação da Gestão do SUS [www.apsredes.org](http://www.apsredes.org)).

O trabalho no NRAD Ceilândia começou com uma equipe mínima com um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um médico, conforme a legislação da época de sua implantação (Alencar, 2013). Nos dias atuais, conta com 16 profissionais da assistência direta ao paciente e três da área administrativa, assim distribuídos: três médicos, sendo dois deles com 20 horas semanais cada e um com 40 horas semanais; três enfermeiras que juntas têm carga horária de 100 horas semanais; cinco técnicos de enfermagem que totalizam por semana 184 horas; uma assistente

social, uma nutricionista e um fisioterapeuta, todos com 40 horas semanais cada; uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, ambas com 20 horas por semana, uma técnica administrativa de 30 horas semanais e dois motoristas, com 40 horas semanais cada um. Essa equipe de trabalho terá como uma das primeiras incumbências, o processo de admissão do paciente.

Os critérios para admissão no PID, categorizados em critérios administrativos, assistenciais e clínicos, foram definidos inicialmente pelo Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal, elaborado em maio de 2008 por profissionais ligados direta ou indiretamente à GEAD, cuja aprovação resultou na Resolução nº56/6 de 14/10/2008, que formaliza o Programa de Internação Domiciliar na SES-DF, publicado no Diário Oficial nº 225 de 12/11/2008.

Como critérios administrativos, são exigidos que o paciente seja usuário do SUS, sem restrição quanto à idade; que resida em área de acordo com o território sanitário constante no Plano Diretor de Regionalização 2005 do DF; que assine ele mesmo ou um familiar/cuidador o Termo de Consentimento Informado padronizado; que possua telefone ou outro meio de comunicação que assegure o contato com a equipe, com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou com suporte logístico em caso de intercorrências; que possua concordância e encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente; que receba visita pré-admissional por membros da equipe no domicílio para avaliação dos contextos familiar, domiciliar, comunitário e ambiental; e que decorra tempo necessário para a desospitalização, já sistematizada pelo protocolo específico, recentemente implantado.

Os critérios assistenciais incluem: possuir um responsável que exerça a função de cuidador, não necessariamente um familiar, mas alguém capacitado e com perfil adequado para essa atividade; apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente; contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados, com condições mínimas de higiene, espaço, saneamento e segurança.

Do ponto de vista clínico, para ser admitido é preciso ter condição clínica comprometida, porém estável; com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado por médico assistente; apresentar grau de perda funcional e dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD).

Inicialmente, em 2009, a capacidade funcional era avaliada somente de acordo com a Escala da Cruz Vermelha Espanhola (ECVE) (Duayer & Oliveira, 2005) - Anexo A. Depois de 2010, foi incluída a Escala da Complexidade Assistencial de Cascavel do Paraná, adaptada para o DF (Anexo B), que ampliou a avaliação para aspectos de complexidade clínicos. Cabe ressaltar que essa escala foi incorporada aos NRAD e sistematizou a atenção domiciliar no sistema público do

DF. Para admissão no PID são considerados o maior grau de dependência, ou seja, os graus 4 e 5 pela ECVE e no mínimo o total de 19 pontos pela Escala de Cascavel, o que definiu que a atenção domiciliar cuide da média complexidade.

Os indivíduos com menor grau de complexidade clínica que a exigida pelo NRAD, deverão ser atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os de maior grau de complexidade que a atendida no NRAD, deverão ser encaminhados ao *Home Care*, nome dado à atenção domiciliar de alta complexidade oferecida por empresas terceirizadas que são contratadas pela SES/DF.

É importante destacar que após a implantação do SUS, surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contribuiu para o fortalecimento da modalidade de atenção domiciliar e precedeu o Programa de Saúde da Família (PSF), que veio reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, que se distancia da medicina curativa e passa a atuar na integralidade da assistência.

Neste contexto, a visita domiciliar é a principal atividade desempenhada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). No NRAD Ceilândia as visitas duram em média cinquenta minutos em cada residência e são feitas, na maioria das vezes, por no mínimo dois profissionais de categorias diferentes, conforme definição da sistematização do trabalho, o que possibilita a ampliação da abordagem ao usuário.

Para esse trabalho são utilizados veículo oficial da carga patrimonial do NRAD ou algum cedido pelo Núcleo de Transportes da SES/DF da unidade Ceilândia, que é um setor encarregado de atender às demandas administrativas, de servidores e/ou de assistência a pacientes do HRC. Eventualmente saem do NRAD mais de um grupo de profissionais, cada um deles com seus destinos previamente estipulados, cumprindo um plano de deslocamento para ida e volta, previamente elaborado pela equipe, para otimizar o uso do transporte, cuja disponibilidade é aquém do necessário.

A assistência ao paciente, ao cuidador e muitas das vezes à família é programada não somente como uma ação de rotina, mas com um planejamento que inclui classificação de risco e prioridade estabelecida pelos profissionais. Apesar de não ser da competência do NRAD, atendimentos de urgência/emergência que devem ser realizados pelo SAMU, (Portaria nº 963 de maio de 2013 do Ministério da Saúde), como situações de morte do paciente e outras intercorrências esporádicas, acabam por ter o apoio de parte da equipe em função da vinculação estabelecida entre as partes.

Na organização do serviço e para estreitar a comunicação entre os membros da equipe do NRAD, um dos principais instrumentos utilizados é a agenda semanal de visitação, listada num grande quadro instalado na sala principal do NRAD, que vai sendo alterada no dia-a-dia, de acordo com as demandas. Também são feitos registros diários em livros de ocorrência e nos prontuários

físicos, uma vez que o NRAD ainda não está contemplado com o prontuário eletrônico, já em uso em outros setores da SES/DF. Contudo, já conta com um software de apoio à gestão da internação domiciliar e favorecimento no processo de desospitalização, de iniciativa científico-acadêmica, em fase de testes para implementação (Evangelista, 2013).

Com o advento do protocolo de desospitalização, a busca ativa de candidato à internação domiciliar nas várias alas do HRC, outrora realizada pela equipe do NRAD, foi substituída por visitas hospitalares sistematizadas, demandadas pela Central de Regulação do Governo do Distrito Federal (GDF) que está vinculada ao SAMU.

Também nos casos de reospitalização de pacientes cadastrados no NRAD, a visita hospitalar é realizada. As atividades desenvolvidas pela EMAD nas modalidades de assistência e internação domiciliar do PID são: desenvolvimento do Programa de Cuidados Paliativos em parceria com a Gerência de Câncer/Hospital de Apoio; coleta de exames complementares em domicílio; educação em saúde no contexto domiciliar e comunitário; empréstimo de equipamentos hospitalares necessários ao tratamento do paciente, mediante critérios e disponibilidade na SES/DF; realização de reuniões periódicas com a equipe, familiares e cuidadores; fornecimento de dieta enteral para pacientes em internação domiciliar, em parceria com a Gerência de Nutrição.

Conferências familiares, que são reuniões de membros da EMAD com familiares para esclarecimentos técnicos/administrativos ou mediação de conflitos; atendimento ambulatorial ao cuidador ou familiar para orientações; entrega de kits de materiais e insumos subsidiados pela SES/DF como fraldas descartáveis, material para curativos, seringas para aspiração e infusão de dietas enterais e outros; atendimentos indiretos como contatos telefônicos para monitoramento da evolução do paciente ou agendamentos de avaliações/registros em prontuários/emissões de receitas controladas/relatórios/ solicitação de pareceres e encaminhamentos; curativos e troca ou instalação de cateteres; orientações a estagiários; reuniões clínico/administrativas da equipe, são algumas das outras modalidades de trabalho na rotina do PID.

Queiroz e Araujo (2009), ao estudar o trabalho de equipe em reabilitação, esclarecem que as reuniões de equipe para discussão de casos, dentre outras estratégias para efetivação do trabalho, além de serem importantes para o processo de integração, formalizam a comunicação grupal em complemento às interações informais. Esses encontros favoreceram a visão integral do paciente e o repasse do trabalho desenvolvido pelos diferentes profissionais, com conseqüente facilitação da tomada de decisão tão necessária para a coordenação de cuidados e bem estar do usuário. O mesmo estudo também explica que, em face à transição do modelo biomédico para o modelo biopsicosocial, são exigidas mudanças importantes no modo de conceber e organizar o trabalho no campo específico da saúde.

O NRAD Ceilândia reconhecendo a crescente demanda reprimida para o PID e na tentativa de evitar a redundância de internação domiciliar, sistematizou o processo de concessão de alta da

internação domiciliar, que tem construção gradativa junto aos familiares, à medida que o paciente vai superando as condições clínicas iniciais que justificaram sua admissão no programa.

Quando o usuário não mais preenche os critérios exigidos para permanência no NRAD, é então encaminhado um relatório à Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), que contactará o centro de saúde referenciado, para a continuidade da assistência àquele usuário no âmbito do PSF. Na prática profissional, o principal argumento de resistência à proposta de alta do NRAD, utilizado pela família que seguirá no domicílio com um dependente funcional, é a precariedade da assistência oferecida pela rede da atenção básica. Essa queixa do usuário pode estar relacionada pela percepção de distanciamento de uma atenção recebida de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, cuja atuação vai além do modelo hegemônico ainda vigente.

No intuito de vincular ensino-serviço-pesquisa e extensão na área da atenção domiciliar, uma vez implantado o NRAD Ceilândia, logo foi firmada parceria com a Universidade de Brasília (UnB), Campus Ceilândia (FCE). Tal iniciativa, além de render qualidade na assistência prestada a pacientes com doenças crônicas, motivou a equipe para o envolvimento científico, de tal sorte que até julho de 2013 foram desenvolvidas três edições do Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC), um Programa de Educação para o Trabalho (PET), em parceria com o Ministério da Saúde/UnB/NRAD e três servidoras iniciaram suas pós graduações, *stricto sensu*, nível mestrado, na UnB, duas delas já as tendo concluído: Alencar (2013) e Evangelista (2013). Também o NRAD Ceilândia foi cenário para trabalho de conclusão de curso de uma estudante de graduação (Souza, 2013).

Em junho de 2010 foram iniciadas as atividades do projeto Cuidando do Cuidador no NRAD Ceilândia, com o objetivo de atender integralmente aos cuidadores por meio do acolhimento, assistência à saúde, empoderamento e capacitação, confirmando o papel dos profissionais do NRAD como atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde. O projeto está alicerçado em três pilares: 1) encontro de cuidadores, 2) atendimento multiprofissional ao cuidador e 3) apoio à construção de grupo de cuidadores. A primeira etapa teve início no mês de Junho de 2010, com os Encontros de Cuidadores, almejando a capacitação para Atenção Domiciliar, com apresentação de temas básicos ligados à rotina diária de cuidado no domicílio. O atendimento clínico visa assistência médica, nutricional e de enfermagem. As oficinas terapêuticas, coordenadas pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, promovem relaxamento, lazer e potencial geração de renda através de artesanato. O acompanhamento psicossocial é realizado tanto pelos psicólogos cedidos de outros setores, quanto pela assistente social. Em particular, o terceiro pilar do projeto vem sendo construído pelas lideranças dos cuidadores, por meio da constituição de um grupo de apoio, para fortalecimento dos vínculos entre esses indivíduos, promoção da cidadania e busca pelos direitos da coletividade.

Essa atenção voltada para o cuidador evidencia o reconhecimento, por parte do NRAD Ceilândia, desse parceiro no contexto da internação domiciliar. Também demonstra seu compromisso com a prevenção e promoção da saúde no contexto familiar, indo além da assistência ao paciente cadastrado no PID. A forma como tem se dado o processo de trabalho no NRAD, com evidências da busca pela qualidade do serviço, reforça a importância desse núcleo para o contexto da saúde no DF.

Pereira (2013) destaca em seu trabalho sobre integração ensino-serviço, que a formação permanente de profissionais na saúde constitui-se em um dever do Sistema Único de Saúde no cumprimento de seus princípios doutrinários, sendo imperativa a integração entre os campos da Saúde e Educação. Essa aproximação tende a promover mudanças imprescindíveis na formação em saúde, ampliação do comprometimento com o atendimento das necessidades sociais da saúde e a consolidação das relações entre gestão, instituições de ensino, controle social e serviços de atenção, na perspectiva de novos patamares de formação e assistência para a efetivação do SUS.

Chaves (1977) já defendia que a regionalização docente-assistencial, institucionalizada com base em acordos firmados entre universidades e várias instituições do setor saúde, é um instrumento para a humanização do produto das escolas médicas e das demais profissões da saúde. Ela permite que o estudante viva a realidade do sistema de saúde, além de representar uma mudança da fase flexneriana para a fase piagetiana do ensino médico.

A participação das universidades no processo de avaliação e planejamento das atividades das regionais de saúde em áreas docente-assistenciais, facilita a integração das práticas preventivas e curativas nesses serviços (Chaves, 1977). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta pelo Ministério da Saúde (Portaria 198 de fevereiro de 2004), supõe a integração entre ensino e serviço, formação e gestão setorial e desenvolvimento institucional e controle social. Outras potencialidades dessa estratégia são: fortalecimento do controle social; repolitização do SUS; incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde e doença e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (Carotta, Kawamura, & Salazar, 2009)

Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam a importância da reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde como um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Para Merhy (2005, p. 172) "torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional".

Nessa dimensão situa-se o enorme desafio de mudança na formação do pessoal de saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 2011a).

### 1.3 Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral

O controle das doenças crônicas não transmissíveis continua a dominar a agenda dos sistemas de atenção à saúde no mundo e no Brasil, visto que a prevenção e a cura para muitas doenças ainda não estão disponíveis e por já existir uma grande parte da população vivendo em condições crônicas incapacitantes (Alencar, 2013; Brasil, 2011a; Brasil, 2013a; Cordeiro et al., 1977; Schimdt & Duncan, 2011; Tibaldi et al, 2009).

A luta e as conquistas pelo aumento da sobrevida, ainda não foram capazes de solucionar, de forma satisfatória, a manutenção da qualidade da mesma (Rangel, Belasco, & Diccini, 2013). Evidências desses esforços podem ser exemplificadas com os frequentes estados de funcionalidade comprometida, encontrados nos indivíduos acometidos por quadros neurológicos, mas que sobreviveram à doença aguda graças à evolução da ciência.

O AVC é uma doença cerebrovascular que representa a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes por causas vasculares (Gindri, Argimon, & Fonseca, 2010). O AVC pode ser isquêmico (interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro por um coágulo ou por interrupção de atividade elétrica) ou hemorrágico (ruptura do vaso sanguíneo na região encefálica, formando um hematoma), transitório ou definitivo e suas sequelas dependerão de fatores como área e extensão da lesão (Scheffer, Klein, & Almeida, 2013).

Dados mundiais apontam o AVC isquêmico como responsável por pelo menos 80% dos casos, enquanto o AVC hemorrágico, que tende a apresentar consequências mais severas, é responsável por 20%, embora talvez a incidência desse tipo de AVC seja maior em nosso país, em decorrência de um controle menos rigoroso da pressão arterial (Carvalho, 2010), uma vez que a hipertensão é o mais importante fator de risco isolado para o AVC ( Toy, Briscoe & Britton, 2013).

Rangel, Belasco e Diccini (2013) apontam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15 milhões de pessoas apresentam AVC por ano; dessas, cinco milhões morrem em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresenta sequelas físicas e/ou cognitivas. Apenas 15% dos pacientes não apresentam prejuízo da capacidade funcional. Foi observado neste estudo que, dos pacientes que apresentavam dependência moderada a severa, 49,7% tinham também sintomas depressivos.

Entre as muitas complicações que a pessoa dependente funcional pode apresentar, a úlcera de pressão (UP) merece destaque. A úlcera de pressão é qualquer alteração da integridade da pele, decorrente da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, sendo uma complicação frequente em pacientes graves, com grande impacto sobre sua recuperação e qualidade de vida.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de UP são: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações do nível de consciência, incontinências e



vasculopatias. A úlcera de pressão causa problemas adicionais como dor, sofrimento e aumento na morbimortalidade, prolongando o tempo e o custo da internação. Por esses fatores de risco, trabalhos mostram elevada possibilidade de úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva (Silva, Araújo, Oliveira & Falcão, 2010).

A ocorrência de UP não é exclusividade das unidades de terapia intensiva. O não desenvolvimento de úlcera de pressão é um desafio para todos que prestam atenção à saúde de pacientes com idade mais avançada, com comorbidades, limitação à percepção sensorial, pele ocasionalmente úmida, restritos ao leito ou com períodos prolongados em decúbito, mobilidade limitada, nutrição inadequada, problemas quanto à fricção e cisalhamento (escorregamento do corpo no leito) e outros, que são situações ou condições frequentes em pacientes da internação domiciliar. Fernandes (2010) considera que uma úlcera de pressão não ocorre apenas por um determinado fator de risco, mas pela relação dos diversos fatores com o paciente.

Rogenski e Kurcgant (2012) descrevem que com base na classificação internacional, proposta pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel, o estadiamento das UP é assim definido: estágio I ou grau 1 - pele intacta com hiperemia que não embranquece; estágio II ou grau 2 - perda parcial da espessura dérmica; estágio III ou grau 3- perda de tecido em sua espessura total; estágio IV ou grau 4- perda de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. As autoras também detectaram em sua pesquisa que as regiões do corpo mais vulneráveis à evolução para UP são calcâneo, região sacra, glúteo e trocanter.

Scalzo, Souza, Moreira e Vieira (2010) apontam que a prevalência do AVC é alta e atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, com predomínio dos prejuízos das funções sensitivas, motoras, como as funções de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem. Dentre as alterações sensitivo-motoras, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de controle motor, acompanhada ou não de déficits sensoriais no dimídio contralateral à lesão encefálica.

O prognóstico do AVC é extremamente variável, mas considerando que estudos mostram que a linguagem se define em seis meses, enquanto a atividade motora em um a dois anos, esforços não podem faltar na tentativa de tais recuperações. Após esses intervalos citados, usualmente os déficits existentes devem ser considerados sequela do evento ocorrido.

Cerca de 33% dos pacientes apresentarão recuperação completa, 33% deles déficits parciais que não comprometerão a independência e 23% ficarão completamente dependentes. Scalzo, Souza, Moreira e Vieira (2010) ressaltam que, mesmo após seis meses de lesão, quando não se espera recuperação espontânea, é possível uma melhora do quadro clínico, ou mesmo a manutenção das habilidades adquiridas e prevenção de complicações nos pacientes vítimas de AVC.

Os pacientes com sequelas físicas e/ou cognitivas necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida (Rangel, Belasco & Diccini, 2013). O processo de reabilitação após o AVC envolve tratamento medicamentoso, fisioterápico, fonoaudiológico, nutricional, entre outros, dependendo do comprometimento neurológico de cada paciente (Gindri, Argimon, & Fonseca, 2010). Os sequelados de AVC são responsáveis por grande parte das aposentadorias por invalidez (Rangel, Belasco & Diccini, 2013), e 40% das aposentadorias precoces no Brasil (Gindri, Argimon, & Fonseca, 2010).

Considerado como uma das doenças que mais matam no mundo, o AVC tem fatores de risco não modificáveis como idade, carga genética, sexo e raça, com maior prevalência em idosos do sexo masculino e da raça negra (Castro, Epstein, & Sabino, 2009; Simon, Everitt, & van Dorp, 2013), mas também pode ser consequência de fatores de risco modificáveis como hipertensão arterial, arritmias cardíacas, diabetes, tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, obesidade, dislipidemia, uso de anticoncepcional oral, dentre outros, todos eles passíveis de serem monitorados e evitados (Brasil, 2006b) no contexto da atenção básica, mais especificamente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Lima (2010) estudou 83 indivíduos assistidos pela ESF, que sofreram um AVE e constatou que estavam presentes o tabagismo (54%), o etilismo (27%) e a hipertensão arterial (94%). Scalzo, Souza, Moreira e Vieira (2010) ao estudarem pacientes de AVC em reabilitação num serviço de fisioterapia, detectaram que dentre as doenças associadas, estavam em ordem decrescente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a hipercolesterolemia e o Diabetes Mellitus (DM).

Mesmo com todos os esforços investidos para fortalecimento da ESF, essa política ainda se mostra fragilizada, por variados fatores como relação de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e a alta rotatividade de profissionais nas equipes; a necessidade de um planejamento mais eficaz, com foco na análise dos problemas de saúde identificados pelas famílias, e como essas lidam com os mesmos; a necessidade de melhor preparo e capacitação das equipes; a formação de recursos humanos com perfil profissional adequado para atuar na assistência da atenção básica de saúde. Tal fragilização interfere na qualidade das ações na atenção básica.

Ainda no que tange às dificuldades no desempenho dos PSF, Flores, Sousa e Merchán-Hamann (2008) discutiram as fragilidades no agir cotidiano dos ACS, percebendo que elas dizem respeito aos seus papéis no seio da própria equipe de trabalho, seus saberes e espaços de intervenção. Também denunciavam à época equipes incompletas, marcadas pelo corporativismo dos médicos, enfermeiros e odontólogos, não dispostos a desmonopolizar o saber. Em uma pesquisa com ACS, Staliano, Araújo e Coelho (2010) verificaram que a insuficiência na comunicação é percebida como um fator que compromete a implementação de práticas

humanizadas em saúde, além de entraves nas relações interpessoais com supervisores, gerentes e outros ACS. Sousa e Parreira (2010) defendem a valorização da capacidade e habilidades do ACS como promotor de saúde, uma vez que essa ênfase lida mais com potencialidades e menos com limitações, e vai além do alcance de um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social.

Essas constatações não diferem muito da realidade atual do NRAD, uma vez que o exercício do modelo biopsicossocial de atenção à saúde ainda não é uma prática no nosso país e o modelo biomédico tende a fomentar poderios de categorias profissionais, pela própria atuação em si, se distanciando de processos de inclusão e entendimento de trabalho em equipe.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde reconhece os seguintes desafios institucionais, para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro:

1 - a expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família;

2 - a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, com reforço das estruturas gerenciais nos municípios e estados;

3 - a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação), dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;

4 - ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados, com vistas à programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional e uso das informações para a tomada de decisão;

5 - revisão dos processos de formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;

6 - a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção;

7 - a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica;

8 - ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção (Portal do Departamento de Atenção Básica [www.dab.saude.gov.br/atencaobasica.php](http://www.dab.saude.gov.br/atencaobasica.php)).

Mesmo face à dificuldade, avanços vão acontecendo, embora com morosidade, na tentativa de fortalecimento da ESF. Dois exemplos recentes podem ser citados: a contratação em regime trabalhista estatutário dos ACS pela SES/DF no final de 2013, uma vez que historicamente esses

profissionais eram terceirizados pela então Fundação Zerbini, posteriormente tiveram contrato temporário com a SES/DF como celetistas, o que também não os deixava em condição de igualdade com as outras categorias da equipe; e o Programa Mais Médicos estabelecido pelo Ministério da Saúde através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013i) que, embora tenha provocado reações diversificadas na sociedade brasileira, tinha como um dos objetivos, senão o principal, aumentar o quantitativo de profissionais daquela categoria na atenção básica do país.

Apesar dos avanços, as dificuldades expostas colaboram para a alta incidência do AVC, com todas as suas consequências. Esses dados, por si só, justificam a implementação dos processos de trabalho do PID, com investimento focado também na figura do cuidador.

## **CAPÍTULO 2**

### **O CUIDADOR**

Este capítulo apresenta os diferentes cuidadores envolvidos no processo de internação domiciliar, suas necessidades de capacitação e cuidado, bem como as implicações do contexto familiar. São explorados tanto os estudos específicos com sobreviventes de AVC, quanto aqueles com idosos, população que, em função da própria idade e de quadros crônicos, demandam acompanhamento de terceiros.

#### **2.1 Caracterização do cuidador**

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego sob o Código 5162-10 (Brasil, 2010). Sua definição é apresentada como alguém que “cuida de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos (famílias), zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”, e é aplicada para o cuidador formal, ou seja, aquele contratado para tal função e que está amparado pela lei trabalhista.

O cuidador que trabalha para uma pessoa jurídica, isto é, hospital, clínica ou instituição de longa permanência de idoso (ILPI), terá um contrato de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas. Se ele trabalha em residência familiar, será regido pela legislação de empregado doméstico. O registro na carteira profissional é feito na ocupação de serviço doméstico (Born, 2006).

Apesar dos avanços na questão trabalhista, não existe ainda regulamentação sobre a formação do cuidador (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues & Dias, 2011). Segundo Born (2006) no Brasil, de 1998 a 1999, foram dados os passos iniciais para a estruturação de um Programa Nacional de Formação de Cuidadores, com a definição de um currículo mínimo, elaboração de um método de ensino (problematização, baseada na pedagogia de Paulo Freire) e redação de um material didático.

À época, a capacitação de formadores de cuidadores, por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social, contava com a colaboração da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Foi um marco para o processo de preparação de cuidadores. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos chegou a ser criado pela Portaria Interministerial 5.153 de 7 de abril de 1999.

Embora descrita como categoria profissional e incluída na CBO, o cuidador não tem recebido por parte do governo uma atenção especial. Diferente do que ocorre na França e no Japão,

onde a formação para o trabalho ligado ao *care* resulta em um diploma sancionado pelo Estado, no Brasil isso ainda não acontece. Contudo, para auxiliares e técnicos de enfermagem a formação está oficializada. Essa diferença de acesso à qualificação tem gerado acentuada concorrência entre essas categorias e o cuidador, em desfavor desse último, interferindo nas contratações dos mesmos no mercado de trabalho que está em ascensão. As ILPI e domicílios têm sido os cenários de maior absorção dessa mão de obra (Guimarães, Hirata & Sugita, 2011).

Caetano (2012) identificou o perfil do cuidador domiciliar não familiar num município do interior de São Paulo, constatou que 87,6% dos entrevistados não possuíam qualificação para o exercício da função e que 45% referiram pouco preparo. Embora 94,7% dos cuidadores declarassem serem capazes de cuidar, todos referiram possuir dificuldades e necessidade de um apoio profissional, independente do nível de escolaridade, formação profissional, ou grau de dependência do idoso. Cornélio (2010) em pesquisa para caracterização da educação em saúde dos cuidadores formais em instituições de longa permanência para idosos, também no interior do estado de São Paulo, obteve resultados que revelaram desconhecimento de cuidados básicos, principalmente com relação à crença de mitos e estereótipos sobre o idoso e o processo de envelhecimento, bem como detectou que a necessidade de capacitação não é percebida por aquele público como prioridade. A autora sugere a expansão de conteúdos gerontológicos nos currículos de cursos especializados e também o estabelecimento de critérios para a função de cuidador, com seleção mais criteriosa no processo de contratação.

Araújo (2013) ressalta que existem algumas habilidades e qualidades que o cuidador formal deve desenvolver, destacando: habilidades técnicas, qualidades éticas, morais, emocionais, físicas e intelectuais, além de ter motivação e empatia com os idosos. A autora contemporiza que a profissionalização do cuidador de idosos e a importância de sua qualificação, vão além de uma mera exigência do mercado de trabalho.

Segundo Patrocínio (2011), a formação do cuidador tem sido realizada por várias instituições (filantrópicas, particulares, universidades, ensino a distância, organizações não governamentais e outras), com conteúdo não padronizado, diversificado e carga horária variável. Freitas e Silva (2013) informam que o crescimento da demanda pelo trabalho dos cuidadores formais de idosos é tão grande que o senado brasileiro aprovou, em caráter terminativo, o projeto que regulamenta a profissão de cuidador de pessoa idosa para pessoas com mais de 18 anos, que tenham concluído o ensino fundamental e curso de qualificação específico, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público de educação competente (Projeto de Lei 284/2011 [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br)). Para Rejane e Carleti (1996) o cuidador além de ser pessoa alfabetizada e possuir noções básicas de cuidado do idoso, deve apresentar compreensão mínima do processo de envelhecimento humano.

A CBO menciona as competências pessoais que o cuidador deve demonstrar, apontando dentre elas: manter a capacidade e o preparo físico, emocional e espiritual; demonstrar discrição; obedecer a normas e estatutos; e conduzir-se com moralidade. A CBO afirma que “no caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área de saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem” (Brasil, 2010). Tal prerrogativa pode ser considerada como critério para a Internação Domiciliar, embora na prática não seja observada.

Em 2004, a Universidade de São Paulo aprovou dentre outros, o curso de graduação em gerontologia para formar profissionais com habilidades e competências para integrar a equipe de saúde com um olhar gerontológico e participar das transformações no cuidado à saúde do idoso no nosso país. Esta iniciativa cria um marco importante para novas perspectivas na educação e na saúde do Brasil (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto, & Filizola, 2005).

Existem diferentes tipos de cuidador. Quando o principal responsável pela atenção ao paciente é alguém próximo, como seu cônjuge, nora, filho ou outro, este é denominado cuidador informal (Karsch, 1998). Também é chamado de cuidador principal aquele que assume total ou a maior parte do cuidar e pode contar ou não com outros que desempenham papel secundário no cuidado (Brasil, 2012).

A maior responsabilidade de cuidar dos pacientes no domicílio é dos cuidadores informais, e essa tendência é crescente (Navaie-Waliser et al., 2001). Na maioria dos casos, o cuidado ao idoso é exercido primordialmente por familiares. As razões para a escolha de qual familiar será o cuidador principal são várias e precisam ser mais exploradas para uma melhor compreensão da dinâmica familiar (Coelho & Diniz, 2005).

Carneiro e França (2011) investigaram os conflitos no relacionamento entre os cuidadores e seus idosos, sob a ótica do cuidador e sugeriram a oferta de cursos para a melhoria das habilidades de comunicação interpessoal entre essa dupla, bem como a profissionalização dessa emergente e importante carreira para a sociedade brasileira.

Karsch (2003) ressalta que é necessário que as equipes de saúde, ao prescreverem os cuidados do paciente no domicílio, considerem as modificações que vêm ocorrendo na instituição familiar nos últimos tempos como aumento do número de divórcios, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, redução do número de filhos, aumento do contingente de viúvas e idosos chefiando famílias.

Karsch (2003) cita que em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública e alerta: “cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem

apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel” (p. 863).

Outra questão relevante é que a relação do idoso com a família é heterogênea, implicando em atenção individualizada para cada família, evitando generalizações. A maneira como a família vai lidar com os cuidados ao idoso depende de seus valores culturais, sociais e históricos. No modelo de família nuclear, composto por pai, mãe e filhos, os filhos têm o dever de cuidar dos pais, o que não garante a atenção que os idosos necessitam. A análise das mudanças na vida da família de pacientes com doenças crônicas incapacitantes (Brito & Rabinovich, 2008) evidencia que fatores individuais de seus membros, principalmente do indivíduo acometido pela doença, relacionais, de ambiência e financeiros, contribuem para o adoecimento dessa família. Concluíram as autoras que é necessária a implementação de programas de apoio à família de pacientes com doenças crônicas incapacitantes, instrumentalizando-a tanto para o cuidado ao familiar doente como para o autocuidado.

Rocha Jr et al. (2011) avaliaram o efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado e concluíram que deve ser incentivada a formação de grupos de cuidadores informais, conduzidos por profissionais da área de saúde, para fomentar o conhecimento, a troca de experiências e a discussão sobre estratégias para melhorar o ato de cuidar.

Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues e Dias (2011) ao estudar a percepção de cuidadores de idosos sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar, concluíram que, a falta de preparação e de atenção dirigidas a esses cuidadores, contribuem para um serviço sem qualidade dirigido ao idoso, comprometendo também a qualidade de vida do próprio cuidador.

Flesch (2013) destaca que as áreas da saúde, social e da educação ainda mostram despreparo para lidar com a mudança etária. Isso tem motivado pesquisadores para estudos com idosos, incluindo seus cuidadores, uma vez que a esse envelhecimento populacional associa-se o incremento de enfermidades crônicas e múltiplas que exigem cuidados e tratamentos constantes, muitos deles em ambiente hospitalar (Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra, 2009; Camargo, 2010; Carneiro & França, 2011; Fonseca, Penna, & Soares, 2008; Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008; Perlini, & Faro, 2005; Schnaider, Silva, & Pereira, 2009).

É necessário compreender que cuidar é tarefa nobre, porém complexa, o que em determinadas situações torna essa missão ameaçadora à saúde de quem cuida (Brasil, 2008). Mendes, Miranda e Borges (2010), fizeram uma revisão sobre a saúde do cuidador de idosos dependentes que negligenciam sua vida em prol do cuidado. Destacam que, em produção científica da enfermagem em quatro importantes bases de dados, no período de 2005 a 2008, o perfil de cuidadores apresentado é de maioria mulheres, com baixa instrução e que acumulam outras atividades além de cuidar de idosos e estão sujeitas a sofrer sobrecarga e algumas doenças.



Fernandes (2010) identificou que a Estratégia de Saúde da Família, valendo-se da visita domiciliar, facilita o estabelecimento da parceria do cuidador familiar com a equipe de saúde. Essa aproximação se faz necessária, não somente pela responsabilização dos profissionais pelo perfil de saúde e doença desse cuidador, como viabiliza melhor qualidade do cuidado dispensado ao paciente acamado.

## **2.2 O cuidador e a internação domiciliar**

Após o final do século XX, os modelos de assistência ao cuidado com o idoso dependiam e variavam conforme o país em questão. Espanha, Itália, Argentina, México e Brasil adotaram o modelo baseado na família, onde essa é a principal provedora de cuidados, há uma baixa cobertura de serviços formais e pouca participação estatal.

Na primeira década do século XXI, Estados Unidos, Alemanha, Dinamarca e Inglaterra foram exemplos de países que investiram na assistência aos idosos em seus lares, com a implantação de políticas de suporte como a inclusão dos cuidadores domiciliares no seguro assistencial, a adoção de descanso remunerado para os cuidadores informais (Alemanha e Japão) e sua inclusão na Previdência Social (Japão), a criação de centros-dia, centros-noite e serviços profissionais de assistência domiciliar para cuidados pessoais (Araújo, 2013). Ao contrário de outros países, o Brasil não tem política consolidada de apoio direto ao cuidado domiciliar; assim sendo, o cuidador informal continua como a principal opção da população idosa que necessita de cuidados (Camarano, Kanso, & Mello, 2004).

Nascimento, Moraes, Silva, Veloso e Vale (2008) realizaram uma revisão bibliográfica utilizando a base de dados LILACS, com os descritores cuidador e idoso, no período de 2000 a 2007 e constataram que o ano de 2004 e a região sudeste foram os destaques na produção científica referente à problemática do cuidador do idoso. O domicílio foi o principal cenário abordado, revelando o dimensionamento dessa demanda para a qualidade do cuidado prestado ao idoso no contexto familiar.

As atuais políticas de desospitalização incentivam a alta dos pacientes o mais precocemente possível. O período de transição desse paciente do hospital para o domicílio merece cuidado especial por ser um período crítico, de risco para a saúde tanto do paciente como de sua família (Flesch, 2013; Shyu, 2000). Esse é um momento de encontro de saberes e práticas, nem sempre absorvido com tranquilidade pelas partes envolvidas. Como muitos dos desospitalizados têm algum grau de dependência funcional temporária ou permanente, a equipe de saúde é colocada diante de um novo desafio: preparar, em curto espaço de tempo, pacientes e famílias para reorganizarem a vida em seus lares de modo a assumirem os cuidados próprios ou de familiares, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer. Essa nova etapa acontecerá no domicílio e para isso é imprescindível a identificação de um cuidador.

Frente à redução no tamanho dos núcleos familiares e a falta de mão de obra qualificada para atender à demanda crescente de idosos dependentes morando no próprio domicílio, é provável que cada vez mais, filhos, netos e cônjuges acabem se responsabilizando pelo cuidado domiciliar (Wachholz, Santos, & Wolf, 2013).

É necessário questionar se estamos oferecendo o cuidado domiciliar como uma modalidade ou como a alternativa mais conveniente para a instituição e/ou sistema de saúde. Diante de algumas reflexões, a capacidade de decidir por si mesmo, ou seja, a autonomia tanto do paciente como da família, para a opção do cuidado domiciliar, pode ser desrespeitada, pois, deixa de ser uma opção e passa a ser uma imposição das instituições hospitalares, inclusive com alta precoce.

A experiência de cuidar em casa de alguém acometido por AVC, tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias que elegem ou impõem por força de circunstâncias a um de seus elementos, o papel de cuidador. O cuidador, na maioria das vezes, sem preparação prévia para tal, vai exercer essa função de forma intuitiva, alicerçado em suas crenças, possíveis experiências anteriores e também com base em informações de terceiros de sua rede social.

As dificuldades pautam-se no esforço físico, na desinformação e no medo, no constrangimento e na vergonha em lidar com o corpo do outro (Perlini & Faro, 2005). O impacto do estresse crônico pode se manifestar por meio de problemas físicos e psicológicos, os quais influenciam no tipo de cuidado que o paciente passa a receber. Já se conhece que uma grande parcela dos indivíduos que exercem o cuidado, também apresentam doenças crônicas.

Percebe-se então que, o PID, que vem na maioria dos casos suceder de imediato a alta hospitalar, terá pela frente, além do compromisso de atenção à saúde do paciente, a necessidade de uma atenção voltada para o cuidador. Considerando que existem idosos cuidando de idosos, noções básicas de gerontologia, que se encarrega de entender as características da velhice e o processo de envelhecimento nos aspectos biopsicossociais, complementariam significativamente o trabalho dos profissionais de saúde em qualquer um dos cenários de atenção à saúde dessa população.

O envelhecimento populacional é uma realidade que chama atenção pela grande heterogeneidade do grupo etário idoso, seja pelas condições sociais, política, econômica e principalmente de saúde (Portella, 2010). Dentro desse último contexto, as doenças crônicas degenerativas, com ênfase para o AVC, ocupam posição de destaque. Relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 2010, estimava em 760 milhões o número de pessoas com mais de 60 anos, mais da metade delas vivendo na Ásia, principalmente na China (166 milhões) e na Índia (92 milhões), com tendência crescente nas regiões em desenvolvimento. Essa Organização também previa que 29 milhões de idosos seriam acrescentados à população mundial por ano, entre 2010 e 2050, e que mais de 80% desse contingente habitaria as regiões menos desenvolvidas. Como resultado, a participação da população idosa dessas regiões no total, crescerá para cerca de 80% em 2050 (ONU, 2010).

Segundo o IBGE, o Brasil acompanha essa tendência e a série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio mostra que o percentual de pessoas com mais de 60 anos vem se mantendo crescente, em taxas mais ou menos constantes, pelo menos desde meados da década de 1990 (Barros, 2012). A necessidade de capacitar o profissional de saúde que trabalha com idosos está inserida nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, uma vez que estimula a formação desses profissionais como uma estratégia para atenção à saúde dessa população específica (Brasil, 2006a). Ações voltadas para a promoção da saúde dos cuidadores familiares, não apenas suprem uma demanda imediata, mas beneficiam a sociedade (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009).

Na atenção domiciliar, o paradigma da cura e o foco na doença devem ser substituídos pelo modelo centrado no cuidado e no binômio paciente/família, quer para o processo de orientação das noções básicas de cuidados a um dependente, quer para percepção do perfil sócio-econômico-cultural desse binômio. A família terá mais condições de cuidar, se ela também for cuidada e potencializada para o cuidado. Esse suporte deverá ser sócio-emocional, informacional (sobre o diagnóstico, prognóstico, cuidados previstos, como proceder em caso de emergência) e instrumental (acesso a serviços e profissionais).

Camargo (2010) em seu estudo para melhor compreensão de quem é o cuidador de idosos dependentes, ressalta a importância da implementação de intervenções de cuidado ao cuidador, em diferentes níveis, proporcionando-lhe melhoria do bem-estar, prevenção de conflitos e estresse e segurança na realização dos cuidados prestados, buscando a redução da sobrecarga inerente a essa função. Estar atento às necessidades do cuidador requer perspicácia e competência técnica da equipe como quesitos para um processo de trabalho inclusivo.

Fratezi e Gutierrez (2011), embora tenham direcionado sua pesquisa para o idoso em cuidados paliativos, nos ensinam que a presença de doenças crônicas que levam o idoso a necessitar de cuidados, impõe sobre o cuidador familiar sentimentos complexos e ambivalentes e que a proximidade e inevitabilidade da morte do idoso colaboram para intensificar esses sentimentos, mas possibilitam ao cuidador resignificar como vivência essa experiência. Sugerem que, diante desta complexidade, a equipe de trabalho, com planejamento de intervenções de orientação, suporte e apoio para toda a família, colabore junto ao cuidador familiar, no sentido de tentar amenizar essa situação.

Nos últimos 20 anos, a Qualidade de Vida (QV) tem sido considerada no meio científico como importante instrumento de investigação e avaliação da saúde dos indivíduos e os resultados têm auxiliado, inclusive, como um dos critérios para novas abordagens e intervenções (Alves, 2011). A OMS conceitua qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, como também no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e ainda, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL Group,

1995). A compreensão sobre qualidade de vida perpassa diversos campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, e que estão numa constante relação (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Wachholz, Santos e Wolf (2013) destacam que autores têm utilizado a investigação sobre a QV como forma de contribuição para os serviços de saúde nortear suas ações tanto curativas como preventivas.

No âmbito da Internação Domiciliar tal informação torna-se extremamente útil, tanto para a atenção à saúde dos pacientes internados quanto para direcionar o olhar para o cuidador. São exatamente por meio de investigações que se conhecem os principais determinantes e fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de sobrecarga e percepções negativas associadas ao cuidado (Wachholz, Santos, & Wolf, 2013).

A compreensão da percepção da QV e o impacto do AVE sobre os acometidos e seus cuidadores torna-se muito importante, uma vez que se apresenta como um problema de saúde pública no país (Lima, 2010). Para Portella (2010) as necessidades dos cuidadores podem ser relacionadas à tarefa cuidativa e/ou relacionadas ao cuidado de si.

Nessa direção, Souza (2013) verificou a ocorrência de sobrecarga do cuidado e suas implicações na percepção da qualidade de vida e relação com os fatores sociodemográficos do cuidador principal de pacientes com doenças crônicas degenerativas, internados domiciliarmente e ativos no PID do NRAD Ceilândia. A pesquisadora concluiu que o perfil de cuidadores é semelhante aos achados de outras pesquisas, em que a vulnerabilidade do cuidador familiar principal encontra na sobrecarga um fator de risco, que é cotidianamente vivenciada e, através dos resultados, foi possível sugerir que há uma relação inversamente proporcional da sobrecarga do cuidado com a percepção da qualidade de vida.

Wachholz, Santos e Wolf (2013), em seu trabalho de reconhecimento da sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis, perceberam a sobrecarga moderada/severa na maioria da amostra estudada, bem como a correlação entre dependência funcional e maior sobrecarga no cuidador e pior percepção de qualidade de vida. A impossibilidade de compartilhar o cuidado entre mais pessoas da família cuidadora, sentimento de impotência frente à situação da pessoa cuidada, a falta de apoio da rede formal e informal e conflitos familiares, com consequentes sobrecargas física e psicológica, trazem efeitos negativos na vida do cuidador, tais como os problemas de saúde mental, o isolamento social, os sintomas de depressão e ansiedade (Bochi, 2004).

Em Ceilândia, como resultado do Projeto Cuidando do Cuidador, foram observados incremento da qualidade do cuidado prestado ao usuário, melhoria na ambiência e no relacionamento familiar. Individualmente, percebe-se maior autoestima e segurança dos cuidadores, além do fortalecimento do vínculo com a equipe multiprofissional e com os próprios pares. Tais dados permitem afirmar que, os múltiplos investimentos feitos ao cuidador constituem

estratégia que repercute na vida desse ator e na assistência prestada ao usuário, otimizando todos os recursos e fortalecendo o PID.

Santos, Leon e Funghetto (2011) consideram que é necessário levar em conta a finalidade e qualidade da assistência prestada e que os indicadores de avaliação usualmente utilizados são: a adesão terapêutica por parte dos pacientes; a segurança na realização de cuidados no domicílio; a satisfação por parte do paciente e de sua família com o atendimento fornecido; o grau de ansiedade com a situação vivenciada; a identificação de riscos; a participação da família no tratamento; o alcance do autocuidado; a adesão a ações de educação e saúde; o número de intercorrências e reinternações; a otimização do leito hospitalar e do atendimento ambulatorial e a redução de custos.

## **CAPÍTULO 3**

### **OBJETIVOS**

O presente capítulo apresenta os objetivos que orientaram a pesquisa, formulados a partir das referências utilizadas na revisão de literatura e da vivência da pesquisadora no cotidiano do NRAD Ceilândia.

#### **3.1 Objetivo geral**

- Caracterizar o Programa de Internação Domiciliar para os pacientes com acidente vascular cerebral do NRAD Ceilândia, no período de maio de 2009 a maio de 2013.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes sequelados de AVC assistidos pelo NRAD;
- Identificar o perfil sociodemográfico do cuidador principal e do segundo cuidador, quando existente;
- Caracterizar a assistência oferecida pelos profissionais do NRAD aos pacientes e cuidadores.

## **CAPÍTULO 4**

### **MÉTODO**

O presente capítulo apresenta a caracterização do estudo, os cuidados éticos, os critérios de seleção dos participantes, o local em que a pesquisa foi realizada, o instrumento utilizado e os procedimentos para coleta e análise de dados.

#### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de pesquisa documental, exploratória, descritiva, quantitativa e retrospectiva, realizada a partir dos dados registrados de pacientes sobreviventes de AVC, cadastrados na Regional de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia no Distrito Federal, em regime de internação domiciliar, e de seus cuidadores; portanto, que já preenchem os critérios de elegibilidade para admissão no PID desse NRAD.

#### **4.2 Procedimentos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP-SES/DF), respeitando a Resolução 466/2012, que versa sobre ética em pesquisa com seres humanos. A aprovação para realização da investigação consta no Parecer 627.988 (Anexo C).

Por se tratar de pesquisa documental, a partir da análise dos prontuários cujas informações já seguem as exigências éticas, solicitou-se e foi aprovada a liberação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O sigilo e a confidencialidade da divulgação dos resultados foram compromissos assumidos pela pesquisadora.

#### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo todo paciente sobrevivente de AVC e seus cuidadores, do NRAD Ceilândia, cadastrados no Programa, no período citado, independente de rehospitalizações ou óbitos ocorridos. Não participaram da pesquisa os pacientes e cuidadores de pacientes sequelados de AVC admitidos no NRAD após 31 de maio de 2013, bem como aqueles admitidos no NRAD por outra patologia .

#### **4.4 Local do estudo**

A coleta de dados foi realizada no NRAD Ceilândia, localizado no Ambulatório 2, ao lado do Hospital Regional de Ceilândia.

#### **4.5 Instrumento**

Para a presente pesquisa, foi elaborado um instrumento com base em documentos integrantes do prontuário do paciente do NRAD, contendo os seguintes itens: dados sociodemográficos do paciente; data da alta de sua última hospitalização; data de admissão no NRAD; situação no momento da internação domiciliar quanto ao grau de incapacidade funcional, presença de úlceras de pressão, utilização de sondas, cateteres e/ou cânulas; evolução dessa situação clínica no transcorrer do tratamento e quantidade de atendimentos diretos por categoria profissional durante a permanência do paciente no programa; necessidade de rehospitalização, tentando evidenciar motivo e local; dados da alta quanto a data, motivo, grau de incapacidade funcional, presença de úlceras de pressão e necessidades especiais do NRAD; dados sociodemográficos do cuidador principal e do segundo cuidador, caso exista.

O trabalho utilizou livros de registro do serviço e/ou prontuários de pacientes sobreviventes de AVC, cadastrados no NRAD Ceilândia no período de maio de 2009 a 31 de maio de 2013. Essas fontes de coleta contêm informações sistematizadas em instrumentos específicos para a admissão do paciente, bem como cópias de documentos exigidos, tanto do paciente quanto de seu(s) cuidador(es), independente da causa de internação da pessoa cuidada. O período de início da avaliação retrospectiva foi eleito por ter sido esse, coincidente com a implantação desse NRAD.

#### **4.6 Procedimento de coleta de dados**

O levantamento dos dados foi feito pela pesquisadora nas dependências do Núcleo, num período de trinta dias descontínuos e com horários variados. Foram extraídos da lista dos 189 pacientes admitidos no PID do NRAD no período em estudo, aqueles com diagnóstico, isolado ou concomitante, de AVC. Cabe ressaltar que no referido período, 313 pacientes foram cadastrados no NRAD, o que implica que os outros 124 estavam no POD, ambos sob responsabilidade da mesma equipe.

Os registros correspondentes aos critérios de admissão foram numerados em ordem crescente, respeitando a cronologia da admissão. Foram identificados 86 pacientes que correspondem a 45,5% da demanda atendida no período. Observou-se que seis deles permanecem sob assistência do NRAD até o fim do período de coleta de dados e portanto, seus prontuários encontravam-se no arquivo ativo. Os demais receberam alta por falta de critérios clínicos para permanência no programa, ou por transferência para outro NRAD, ou por mudança de Unidade Federativa ou por óbito. Seus prontuários encontravam-se guardados no arquivo morto, organizados por ordem alfabética. Dali foram extraídos e numerados os selecionados para a pesquisa.

Foi escolhida aleatoriamente uma amostra de oito prontuários, aproximados 10% desse todo, incluindo os do arquivo ativo, para um estudo piloto. Uma vez realizada a extração de dados



e preenchimento da planilha previamente elaborada para dar objetividade à coleta, a partir de roteiro delineado para o estudo, baseado no protocolo adotado no NRAD Ceilândia, foi percebida a necessidade de inclusão de novos itens na planilha, dentre eles o local e data de expedição do registro geral (RG), uma vez que chamou a atenção da pesquisadora o fato de 100% dos pacientes da amostra dos prontuários apresentarem RG do DF. Uma vez reelaborada, utilizou-se uma cópia, também numerada, para cada prontuário do estudo. Foi necessária a leitura de todo o conteúdo do dossiê do paciente, bem como a busca em outros registros administrativos, para a obtenção das informações pretendidas, o que demandou uma média de 70 minutos para cada planilha. Em casos de disparidade de informação, foi compilada a que se impôs por lógica, bom senso ou reafirmada em outro local do prontuário, ou em outro documento do NRAD. O instrumento utilizado para coleta dos dados encontra-se no Anexo D.

#### **4.7 Procedimentos para análise dos dados**

As variáveis foram processadas por meio de estatística descritiva, que inclui a análise da distribuição de frequência e o cálculo de medidas de posição, dispersão e tipo de distribuição (gaussiana ou não). As inferências estatísticas foram realizadas por testes paramétricos ou não, a depender do tipo de distribuição da variável e estão descritas nos resultados.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, aqui apresentados, foram processados para uma amostra de usuários do serviço de internação domiciliar (n=86), conforme apresentado no Capítulo 4 e cujos dados foram coletados em prontuários de atendimento (fonte de dados secundária), disponíveis no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da Regional de Saúde de Ceilândia. Trata-se de um levantamento realizado no período do mês de maio de 2009 a maio de 2013 (quatro anos), momentos estes, caracterizados pela implantação e consolidação do serviço nessa regional. Os resultados foram organizados em relação aos seguintes pontos: descrição do usuário e seu acesso ao serviço de internação domiciliar; descrição do contexto habitacional e familiar; descrição dos cuidadores principais dos usuários da internação domiciliar; descrição dos segundos cuidadores dos usuários da internação domiciliar; descrição da internação domiciliar; descrição do transcorrer da internação domiciliar e rehospitalizações; e descrição da alta da internação domiciliar.

#### 5.1 Organização das informações coletadas

Por meio do formulário padronizado para a coleta dos dados, foram extraídas 105 variáveis, das quais, 30 foram quantitativas (26 discretas e 4 contínuas) e 75 qualitativas (64 nominais e 11 ordinais). Tais variáveis foram organizadas em três tabelas conforme o tipo de descrição informado.

A primeira organização (Tabela 1) teve por objetivo informar sobre as variáveis relacionadas à descrição do usuário (população alvo desta pesquisa), bem como do seu acesso ao serviço de internação domiciliar. Na Tabela 1, as variáveis foram agrupadas por conjuntos de dados que, descrevendo variáveis com uma dada natureza de informação, foram ordenadas do primeiro ao terceiro conjunto de dados, os quais foram denominados como um conjunto de dados que representa: o acesso ao NRAD da Regional de Saúde de Ceilândia; as características deste usuário ou o contexto habitacional e familiar deste usuário.

No primeiro conjunto de dados da Tabela 1, foram agrupadas seis variáveis, cuja perda de informação variou de 0% a 81% (Figura 1A), com  $26,3\% \pm 34,3\%$  (média  $\pm$  desvio padrão) de perda no conjunto, tendo duas variáveis atingido perda superior a 50%.

No segundo conjunto de dados da Tabela 1, foram reunidas nove variáveis, com perda de informação variando de 0% a 76% (Figura 1A), com  $47,0\% \pm 24,0\%$  de perda no conjunto, permitindo identificar cinco variáveis com perda superior a 50% na amostra. Da mesma forma, para o terceiro conjunto apresentando 25 variáveis, observou-se variação de perda de informação entre 12% e 60% (Figura 1A), que resultou em  $22,3\% \pm 9,8\%$  de perda no conjunto que teve apenas uma variável com perda superior a 50%.

Tabela 1  
*Caracterização das variáveis que descrevem o usuário e seu acesso com análise das perdas*

| Conjunto de dados                              | Variáveis                        | % de perda            | Tipo de variável      |
|------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Acesso ao NRAD<br>(primeiro)                   | fonte de informação*             | 56%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | idade de aquisição do RG         | 19%                   | quantitativa discreta |
|                                                | idade de admissão                | 0%                    | quantitativa discreta |
|                                                | data de admissão                 | 0%                    | qualitativa ordinal   |
|                                                | data da última alta hospitalar*  | 81%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | procedência                      | 2%                    | qualitativa nominal   |
| Usuários do NRAD<br>(segundo)                  | sexo                             | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | estado conjugal                  | 31%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | escolaridade*                    | 52%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | ocupação*                        | 76%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | cor*                             | 62%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | religião                         | 36%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | condição trabalhista             | 36%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | renda*                           | 56%                   | quantitativa contínua |
| posse de plano de saúde*                       | 74%                              | qualitativa nominal   |                       |
| Contexto habitacional e familiar<br>(terceiro) | condição de moradia              | 12%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | habitação                        | 15%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | família no lote                  | 38%                   | quantitativa discreta |
|                                                | cômodos                          | 17%                   | quantitativa discreta |
|                                                | acomodação                       | 24%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | fornecimento de água             | 17%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | esgoto                           | 17%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | lixo                             | 17%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | sanitários                       | 23%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | cozinha                          | 17%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | quintal                          | 21%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | quantidade de animais domésticos | 24%                   | quantitativa discreta |
|                                                | cão                              | 27%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | gato                             | 27%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | ave                              | 27%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | renda*                           | 60%                   | quantitativa contínua |
|                                                | moradores                        | 12%                   | quantitativa discreta |
|                                                | idade do cônjuge                 | 16%                   | quantitativa discreta |
|                                                | idade do filho                   | 21%                   | quantitativa discreta |
|                                                | idade da filha                   | 26%                   | quantitativa discreta |
| idade da nora                                  | 13%                              | quantitativa discreta |                       |
| idade do genro                                 | 26%                              | quantitativa discreta |                       |
| idade do neto                                  | 20%                              | quantitativa discreta |                       |
| idade da neta                                  | 20%                              | quantitativa discreta |                       |
| idade do outro                                 | 22%                              | quantitativa discreta |                       |

Variáveis obtidas de fontes secundárias de dados (prontuário de usuários amostrados). As variáveis indicadas por um asterisco (\*) foram desconsideradas para análises por apresentarem uma perda de dados superior a 50%. Cada conjunto de dados foi ordenado para análise em primeiro, segundo e terceiro conjuntos.

No conjunto de dados “acesso ao NRAD”, a variável “fonte de informação” foi utilizada para identificar de que forma, ou através de quem, o paciente ou sua família/cuidador souberam da oferta do serviço. Esse questionamento se deveu ao fato de que, até os dias atuais, não é raro detectar na população e mesmo dentro do próprio setor de saúde, o desconhecimento das pessoas quanto à existência desse núcleo e a que se presta. Como demonstrado, foi alta a porcentagem de perda da informação, o que dificulta conhecer as fontes de recomendação, para avaliar a eficácia de estratégias de divulgação.

No conjunto de dados “usuários do NRAD”, a falta de informações sobre o estado conjugal, cor, religião, renda, condição trabalhista, escolaridade e ocupação em grande porcentagem dos prontuários estudados, impacta negativamente na compreensão da clientela, uma vez que a internação domiciliar é uma das modalidades de atenção à saúde que mais tende a avançar na abordagem holística do paciente, de sua família e do cuidador. No Brasil, a despeito da histórica miscigenação, “cor da pele” vai além de um dado fenotípico e faz alusões a status, padrão de beleza, classe social, grau de escolaridade, exclusão, marginalidade, musicalidade, cotas e tantos outros elementos que fazem parte do constructo do indivíduo. O conhecimento dessa variável possibilita a ampliação da abordagem biopsicossocial do paciente por parte da equipe. Por outro lado, ser sabedor do sexo do usuário, como ocorreu nos resultados, abre possibilidade para programar o manejo, comparar com a literatura disponível de indicadores epidemiológicos como incidência e prevalência das doenças em relação ao sexo do indivíduo, comportamentos do usuário frente ao processo saúde-doença, dentre outros. Várias dessas variáveis, avaliadas isoladamente ou em associações, poderiam ser utilizadas para calcular probabilidade de sobrevivência. Barros (2012) identificou que 43,10% dos pacientes do NRAD Sobradinho tinham nenhum grau de escolaridade.

De acordo com os dados do IBGE (2010), a população de Ceilândia tem um baixo nível de escolaridade, tendo a maioria, apenas o 1º grau incompleto e menos de 50% da população em idade economicamente ativa trabalham com carteira assinada, com uma renda predominante de dois a cinco salários mínimos, sendo a renda principal a dos homens, na maioria dos lares.

A idade do usuário no momento da aquisição do RG foi questionada, como já explicado na metodologia da pesquisa e resultou numa situação incomum de emissão do documento após 55 anos de idade na maioria dos pacientes em questão. Idade e data de admissão no NRAD foram dados presentes em 100% dos prontuários, o que facilitou o entendimento clínico-epidemiológico do AVC, bem como o cálculo do tempo de permanência do doente no NRAD, uma vez que foi coletada também a data da alta da internação domiciliar.

A procedência do usuário, embora tenha sido esclarecida em 98% dos prontuários, o que ajudou a corroborar dados da literatura quanto ao movimento migratório para a construção de

Brasília, evidenciou a falta que fez na pesquisa a não inclusão da data de chegada do paciente ao DF, dificultando outras análises correlatas.

A data da última alta hospitalar, não fora ter sido a variável de maior porcentagem de perda de informação de toda a Tabela 1, auxiliaria na avaliação do tempo de permanência do paciente sem necessidade de rehospitalização, uma vez que, antes do advento do protocolo de desospitalização, muitos dos admitidos no NRAD procediam do domicílio, por já terem recebido alta hospitalar há algum tempo. Essa variável também poderia ajudar a avaliar a qualidade do cuidado recebido e supostamente, a habilidade do cuidador para a função.

Das variáveis que descrevem o usuário, a ocupação e a posse de plano de saúde foram as que tiveram maior porcentagem de perda de informação, o que dificulta correlacioná-las a outras situações, como por exemplo, se a ocupação do usuário favorecia situações de estresse ou sedentarismo que pudessem contribuir para níveis pressóricos elevados, que por sua vez aumentariam o risco de AVC. Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2012) destacam que no atual sistema de saúde no Brasil, o subsetor público está junto com o subsetor privado e a saúde suplementar aparece como um subsetor em expansão, cuja demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas, que oferecem tais benefícios a seus funcionários. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. Os autores apontam que, indivíduos com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas pessoas que não dispõem de tais planos ou seguros. Entretanto, quando necessitam de vacinas ou serviços de alto custo e procedimentos complexos, recorrem ao SUS.

Silva et al. (2013) constataram que a desregulamentação da atenção domiciliar na saúde suplementar representa um desafio para a garantia do direito à saúde, prevalecendo a oferta segundo os interesses das operadoras. A transferência de responsabilidades para o sistema público de saúde e para as famílias afronta o direito dos usuários. Diante dessa constatação, faz-se necessária uma maior regulamentação dessa prestação de serviço, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada em 2000 para esse fim. Ressalta-se que a Lei 9.656/98 (Brasil, 1998) tornou ilegal a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vetou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público torna-se subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços.

Uma vez que a internação domiciliar está em expansão e é reconhecida como modalidade alternativa e complementar à atenção à saúde do usuário e que as previsões de maior contingente

de idosos brasileiros, num futuro muito próximo, vão requerer tal assistência, um maior rigor quanto ao cumprimento das normas da saúde suplementar poderia contribuir preventivamente para a redução da sobrecarga para o SUS.

A identificação de variáveis do contexto habitacional e familiar é fundamental para a caracterização das condições para a internação domiciliar. De acordo com o IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no DF era 0,844 com o mais alto grau de urbanização do país.

Em cada gráfico da Figura 1 (A, B ou C) encontram-se apresentados os conjuntos de dados, em ordem de aparecimento nas Tabelas 1, 2 e 3 (primeiro, segundo, terceiro ou quarto conjunto de dados), que descrevem no Gráfico A as variáveis relacionadas ao usuário e o seu acesso (Tabela 1); no Gráfico B, as variáveis relacionadas ao cuidador (Tabela 2) e no Gráfico C, as variáveis relacionadas à internação domiciliar (Tabela 3). As estrelas brancas indicam aumento significativo de perdas ( $p < 0,05$ ) em relação aos demais conjuntos de dados analisados para a porcentagem (%) de perda pelo teste Kruskal-Wallis com pós-teste de comparações múltiplas de Dunn. A linha tracejada destaca o limite de 50% de perdas nos gráficos. Para os conjuntos de dados descrevendo o usuário e seu acesso ao serviço de internação domiciliar (Tabela 1), foi possível observar um aumento significativo da porcentagem de perda de dados por variáveis no segundo e terceiro conjuntos em relação aos demais.

O Gráfico A da Figura 1 mostra que, para o segundo conjunto de dados, 3/4 das variáveis apresentaram perdas aproximadas de 40% a 76%. De maneira similar, para o terceiro conjunto de dados, foi observado que 3/4 das variáveis apresentaram entre 20% e 60% de perdas de informação. Em contrapartida, no primeiro conjunto de dados, 3/4 das variáveis permaneceram com perdas inferiores a 60%.

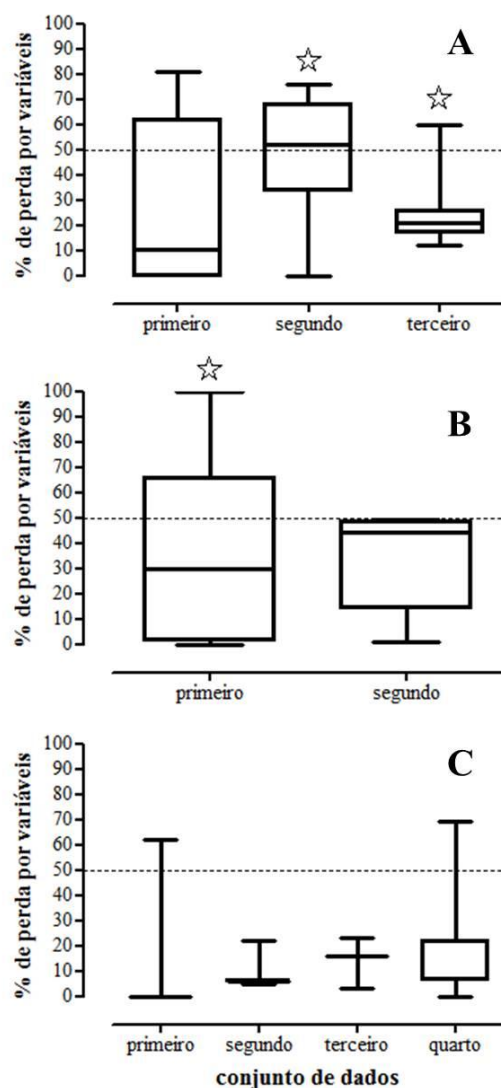


Figura 1. Box-plots da porcentagem de perdas das variáveis por conjunto de dados.

Na segunda organização (Tabela 2) foram informadas as variáveis relacionadas ao cuidador do usuário do serviço de atenção domiciliar. Na Tabela 2, as variáveis também foram agrupadas por conjuntos de dados com dada natureza de informação que aqui foram ordenadas em primeiro e segundo conjuntos de dados.

No primeiro conjunto de dados da Tabela 2, foram agrupadas 13 variáveis, cuja perda de informação variou de 0% a 100% (Figura 1B), com  $38,4\% \pm 36,1\%$  de perda no conjunto, tendo três variáveis atingido perda superior a 50%.

No segundo conjunto de dados da Tabela 2, foram reunidas 12 variáveis, com perda de informação variando de 1% a 49% (Figura 1B), com  $34,6\% \pm 19,1\%$  de perda no conjunto. Neste caso, todas as variáveis ficaram com perdas inferiores a 50%.

Na Tabela 2, o primeiro conjunto apresentou aumento significativo da % de perda (Figura 1B), tendo variável sem perda (0%) e variável completamente perdida (100%).

Tabela 2  
*Caracterização das variáveis que descrevem o cuidador com análise das perdas*

| Conjunto de dados                | Variáveis                | % de perda | Tipo de variável      |
|----------------------------------|--------------------------|------------|-----------------------|
| Cuidadores principais (primeiro) | procedência              | 26%        | qualitativa nominal   |
|                                  | idade de aquisição do RG | 30%        | quantitativa discreta |
|                                  | idade de admissão        | 22%        | quantitativa discreta |
|                                  | parentesco               | 2%         | qualitativa nominal   |
|                                  | sexo                     | 1%         | qualitativa nominal   |
|                                  | estado conjugal          | 40%        | qualitativa nominal   |
|                                  | escolaridade             | 48%        | qualitativa ordinal   |
|                                  | ocupação                 | 48%        | qualitativa nominal   |
|                                  | etnia*                   | 98%        | qualitativa nominal   |
|                                  | religião*                | 100%       | qualitativa nominal   |
|                                  | renda*                   | 84%        | quantitativa contínua |
|                                  | continuidade             | 1%         | qualitativa nominal   |
|                                  | participação             | 0%         | qualitativa nominal   |
| Segundos cuidadores (segundo)    | procedência              | 45%        | qualitativa nominal   |
|                                  | idade de aquisição do RG | 47%        | quantitativa discreta |
|                                  | idade de admissão        | 42%        | quantitativa discreta |
|                                  | parentesco               | 7%         | qualitativa nominal   |
|                                  | sexo                     | 3%         | qualitativa nominal   |
|                                  | estado conjugal          | 35%        | qualitativa nominal   |
|                                  | escolaridade             | 44%        | qualitativa ordinal   |
|                                  | ocupação                 | 45%        | qualitativa nominal   |
|                                  | etnia                    | 49%        | qualitativa nominal   |
|                                  | religião                 | 49%        | qualitativa nominal   |
|                                  | renda                    | 49%        | quantitativa contínua |
|                                  | participação             | 1%         | qualitativa nominal   |

Variáveis obtidas de fontes secundárias de dados (prontuário de usuários amostrados). As variáveis indicadas por um asterisco (\*) foram desconsideradas para análises por apresentarem uma perda de dados superior a 50%. Cada conjunto de dados foi ordenado para análise em primeiro e segundo conjuntos.

Na terceira organização (Tabela 3) foram informadas as variáveis relacionadas à internação domiciliar propriamente dita. Na Tabela 3, as variáveis também foram agrupadas por conjuntos de dados com dada natureza de informação, que foram ordenadas do primeiro ao quarto conjuntos de dados.

No primeiro conjunto de dados da Tabela 3, foram agrupadas 17 variáveis, cuja perda de informação variou de 0% a 62% (Figura 1C) com quase todas as variáveis, apresentando 0% de perda no conjunto, à exceção de duas variáveis apresentando 14% e 62%.

No segundo conjunto de dados da Tabela 3, foram definidas oito variáveis com perda de informação variando de 5% a 22% (Figura 1C), com  $8,0\% \pm 5,6\%$  de perda no conjunto. Aqui também, todas as variáveis ficaram com perdas inferiores a 50%.

Para o terceiro conjunto apresentando apenas três variáveis, observou-se variação de perda de informação entre 3% e 23% (Figura 1C), que resultou em  $14,0\% \pm 10,1\%$  de perda no conjunto



que, da mesma forma que o segundo conjunto nessa tabela, teve todas as variáveis com perdas inferiores a 50%.

Por fim, para o quarto conjunto de dados com 12 variáveis, foram observadas perdas variando entre 0% e 69% (Figura 1C), que configuraram  $21,7\% \pm 15,5\%$  de perdas no conjunto, com uma variável apresentando valor de perda superior a 50% da amostra. Ao final desta análise, 13 variáveis com valores de perda superiores a 50% da amostra foram desconsideradas nas análises seguintes. O conjunto de dados referentes aos usuários do NRAD teve mais da metade das variáveis desconsideradas.

Tabela 3

*Caracterização das variáveis que descrevem a internação domiciliar com análise das perdas*

| Conjunto de dados                              | Variáveis                     | % de perda            | Tipo de variável      |
|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Internação domiciliar (primeiro)               | encaminhamento                | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | incapacidade*                 | 62%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | tipo de úlcera de pressão     | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | grau de úlcera de pressão     | 14%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | traqueostomia (TQT)           | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | hemodiálise (HMDL)            | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de alívio (SVA) | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de demora (SVD) | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | outros                        | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | dieta                         | 0%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | Médico                        | 0%                    | quantitativa discreta |
|                                                | Enfermagem                    | 0%                    | quantitativa discreta |
|                                                | Odontólogo                    | 0%                    | quantitativa discreta |
|                                                | Nutricionista                 | 0%                    | quantitativa discreta |
| Fisioterapeuta                                 | 0%                            | quantitativa discreta |                       |
| Terapeuta Ocupacional                          | 0%                            | quantitativa discreta |                       |
| Assistente Social                              | 0%                            | quantitativa discreta |                       |
| Transcorrer da internação domiciliar (segundo) | tipo de úlcera de pressão     | 7%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | grau de úlcera de pressão     | 22%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | traqueostomia (TQT)           | 6%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | hemodiálise (HMDL)            | 6%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de alívio (SVA) | 6%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de demora (SVD) | 6%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | outros                        | 6%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | dieta                         | 5%                    | qualitativa nominal   |
| Reospitalização (terceiro)                     | reospitalizações              | 3%                    | quantitativa discreta |
|                                                | hospital                      | 16%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | motivo                        | 23%                   | qualitativa nominal   |
| Alta da internação domiciliar (quarto)         | motivo                        | 2%                    | qualitativa nominal   |
|                                                | incapacidade*                 | 69%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | tipo de úlcera de pressão     | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | grau de úlcera de pressão     | 37%                   | qualitativa ordinal   |
|                                                | traqueostomia (TQT)           | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | hemodiálise (HMDL)            | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de alívio (SVA) | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | sonda vesical de demora (SVD) | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | outros                        | 22%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | dieta                         | 21%                   | qualitativa nominal   |
|                                                | alta relatada                 | 0%                    | qualitativa nominal   |
| data da alta                                   | 0%                            | qualitativa ordinal   |                       |

Variáveis de fontes secundárias de dados (prontuário de usuários). As variáveis indicadas por um asterisco (\*) foram desconsideradas para análises por apresentarem uma perda de dados superior a 50%. Cada conjunto de dados foi ordenado para análise em primeiro, segundo, terceiro e quarto conjuntos.

A falta de padronização da sequência de arquivamento dos inúmeros formulários e folhas de evolução que compõem os prontuários, bem como a incompletude de registros, dificultaram a coleta dos dados. Não foi raro ter que contar com a cópia da carteira de identidade, quando integrante do prontuário, para identificar a condição de analfabetismo, estado conjugal dos sujeitos e também a idade do pesquisado.

O prontuário físico é o instrumento de uso coletivo para registro dos relatos das várias categorias profissionais que compõem a equipe de trabalho. A multiplicidade de caligrafias, embora legíveis em sua grande maioria, e a estética e conteúdos variados, são componentes destaque desse instrumento. A ausência de registro de dados sobre um segundo cuidador, foi uma constante. A interrupção abrupta de relatos de assistência, com inusitada informação de óbito, sem detalhamento de circunstâncias ou local em que ocorreu, também impossibilitaram o entendimento do caso em algumas situações. Raros foram os prontuários que contaram com o arquivamento de cópia do encaminhamento do paciente para outro serviço quando da alta concedida. A não identificação da categoria profissional em relatos, mesmo que com assinaturas ou rubricas emitidas, desautorizou a pesquisadora de contabilizar, para fins do estudo, tal assistência prestada. Maior detalhamento por conjunto de dados pode ser consultado na Tabela 4.

Tabela 4

*Descrição quantitativa das variáveis desconsideradas por conjunto de dados*

| conjunto de dados                    | variáveis |                 |                   |
|--------------------------------------|-----------|-----------------|-------------------|
|                                      | total     | desconsideradas | % desconsideração |
| Acesso ao NRAD                       | 6         | 2               | 33%               |
| Usuários do NRAD                     | 9         | 5               | 56%               |
| Contexto Habitacional e Familiar     | 25        | 1               | 4%                |
| Cuidadores principais                | 13        | 3               | 23%               |
| Segundos Cuidadores                  | 12        | 0               | 0%                |
| Internação Domiciliar                | 17        | 1               | 6%                |
| Transcorrer da Internação Domiciliar | 8         | 0               | 0%                |
| Reospitalização                      | 3         | 0               | 0%                |
| Alta da Internação Domiciliar        | 12        | 1               | 8%                |

Variáveis desconsideradas foram aquelas que apresentaram porcentagem de perda superior a 50% da amostra.

## 5.2 Descrição do usuário e seu acesso ao serviço de internação domiciliar

A amostra de usuários da internação domiciliar deste estudo (n=86) teve idade variando de 31 a 97 anos, perfazendo média de idade de  $75,1 \pm 14,4$ . Pelo censo do IBGE (2010), Brasília tem uma das maiores expectativas de vida do país, com média de 77 anos. Esses usuários foram procedentes de 16 unidades federativas do Brasil (Figura 2). O estado mais prevalente foi Minas

Gerais (19%), porém a maioria dos usuários é procedente dos estados da região Nordeste (Figura 2).

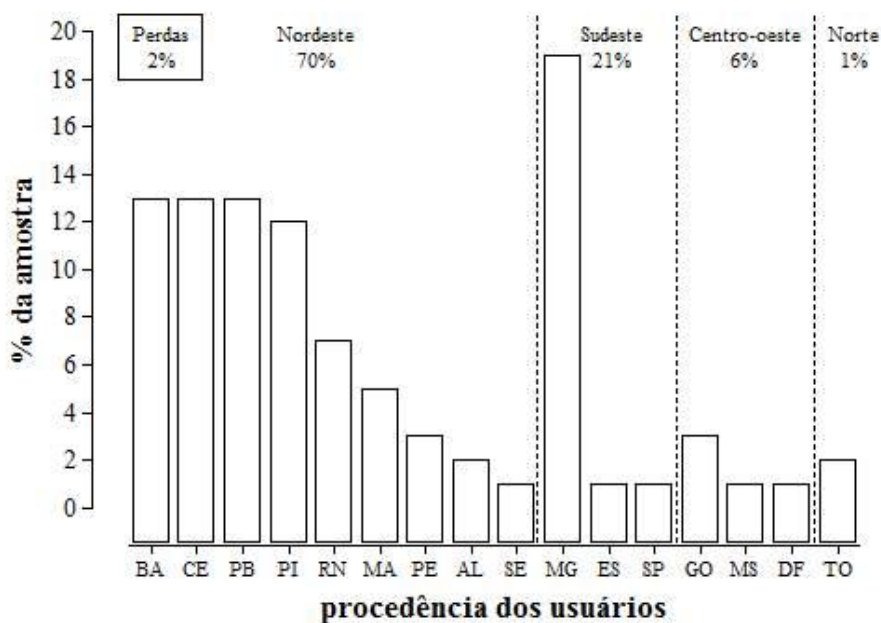


Figura 2. Distribuição de frequência da procedência dos usuários por unidade federativa (n=86).

Os segmentos tracejados, perpendiculares ao eixo x, destacam as regiões nas quais as unidades federativas se localizam. O quadro informativo na área do gráfico aponta a porcentagem de perda de informação para a variável procedência. Esses dados corroboram os resultados encontrados por Fleischer e Batista (2013), que destacam que a migração para a região Centro-Oeste do Brasil, no início da construção da Capital Federal, teve maior participação dos egressos do Ceará, Paraíba, Piauí, Bahia e Minas Gerais.

Mesmo sendo procedente de Unidades Federativas (UF) diferentes do DF, excluindo-se as perdas, a maioria da amostra (n=66) adquiriu seu RG no DF. A observação da expedição dos RG dos usuários do serviço de internação domiciliar no DF, foi feita por UF e região de procedência. Para a amostra corrigida (n=84, total de sujeitos desconsiderando os indivíduos em que a informação sobre procedência foi perdida), observou-se que 79% deles adquiriram seu RG no DF (Tabela 5). Dos 21% restantes, 13% adquiriram seu RG em outras UF e em 8% não foi possível confirmar tal informação (perdas).

Ao comparar as proporções observadas em cada UF, tendo como referência de proporção esperada 79%, 13% e 8% (proporção observada na amostra corrigida), somente os estados da BA e MG foram semelhantes ao do total da amostra (Tabela 5). Esses dois estados, juntos, representaram 32% dos usuários da amostra. Para as demais UF, as proporções observadas apresentaram significativa discrepância da proporção da amostra corrigida, predominando uma tendência para maior prevalência de RG expedidos no DF, à exceção de AL, SE, SP e TO.

Ao se agrupar as proporções por região (Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Norte), nenhuma discrepância significativa da proporção esperada foi observada com base na proporção do total da amostra corrigida, com exceção da região Norte que possui somente uma UF a representando.

Tabela 5

*Proporções da distribuição dos Registos Gerais (RG) expedidos para usuários do serviço de internação domiciliar no DF por unidade federativa e região de procedência*

| UF                           | RG expedido no DF? |     | perdas |
|------------------------------|--------------------|-----|--------|
|                              | sim                | não |        |
| BA                           | 82%                | 9%  | 9%     |
| CE                           | 64%                | 27% | 9%     |
| PB                           | 91%                | 9%  | 0%     |
| PI                           | 90%                | 0%  | 10%    |
| RN                           | 100%               | 0%  | 0%     |
| MA                           | 75%                | 25% | 0%     |
| PE                           | 67%                | 33% | 0%     |
| AL                           | 50%                | 50% | 0%     |
| SE                           | 0%                 | 0%  | 100%   |
| Nordeste                     | 80%                | 13% | 7%     |
| MG                           | 81%                | 13% | 6%     |
| ES                           | 100%               | 0%  | 0%     |
| SP                           | 0%                 | 0%  | 100%   |
| Sudeste                      | 78%                | 11% | 11%    |
| GO                           | 67%                | 33% | 0%     |
| DF                           | 100%               | 0%  | 0%     |
| MS                           | 100%               | 0%  | 0%     |
| Centro-oeste                 | 80%                | 20% | 0%     |
| TO                           | 50%                | 0%  | 50%    |
| Norte                        | 50%                | 0%  | 50%    |
| amostra corrigida<br>(n=84)* | 79%                | 13% | 8%     |

Análise feita em amostra corrigida (\*) para Unidades Federativas (UF) e regiões em função do quantitativo de perdas identificado na variável procedência. As linhas na tabela destacadas em cinza indicam proporções nos estados e regiões em que não foi detectada diferença significativa (i.e. as proporções foram semelhantes,  $p > 0,05$ ) da proporção esperada para a amostra corrigida pelo teste Qui-Quadrado. Nas demais UF as proporções observadas apresentaram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) da proporção na amostra corrigida. As UF foram descritas pelas suas siglas oficiais e agrupadas na tabela por regiões às quais pertencem. As regiões foram destacadas por quadros.

Ao analisar um subconjunto da amostra representado pelos sujeitos cujo RG foi expedido no DF (n=61, 71% do total amostrado), foi constatado que a maioria o fez a partir dos 55 anos de idade (Figura 3), o que dificulta sustentar a hipótese de que a maioria dos RG tenham sido expedidos no DF por conta do processo migratório de cidadãos jovens à época da construção de

Brasília, que não o tivessem feito em suas cidades de origem. Levanta-se a partir de então, a questão de o que, ou quais fatores sociais ou políticos teriam contribuído para a emissão de documento tão tardiamente? Existiria alguma exigência específica, seja para legitimação do cidadão como morador do DF, seja por ter sido pré requisito para emissão de outros documentos como por exemplo Cartão do SUS ou Título de Eleitor, ou para aquisição de algum benefício no DF como doação de lotes? Seria plausível aceitar que 61 pacientes num total de 84 avaliados, teriam perdido seu RG original o que os obrigaria a emitir novo documento? Esses questionamentos ficarão sem respostas no presente estudo e poderão ser objeto de maior investigação em pesquisas futuras.

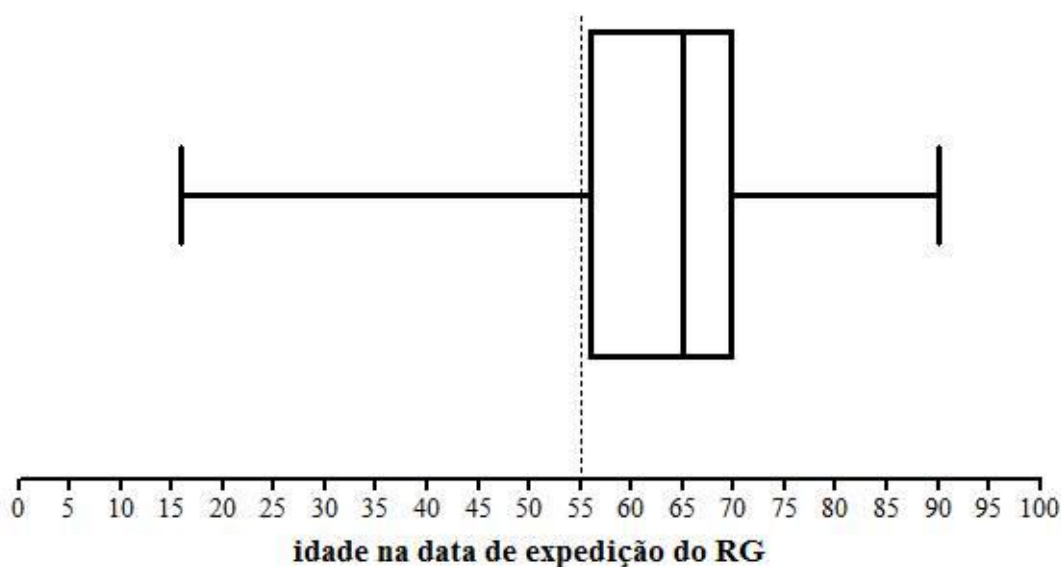


Figura 3. Box-plot da distribuição da idade na data de expedição do RG.

A Figura 3 mostra a idade que tinha cada sujeito com expedição do documento feito no DF ( $n=61$ ), no momento da expedição do RG. O segmento tracejado mostra a idade a partir da qual 3/4 dos sujeitos estão localizados.

Em uma análise quadrienal de 2009 a 2013, o período de maio de 2009 a abril de 2010 (Figura 4), o Ano 1 foi o ano em que foi observado o maior número de admitidos (54 sujeitos), que possuíam idade variando de 42 a 97 anos, configurando uma média de  $78,1 \pm 11,1$  anos de idade na admissão.

Esse quantitativo reduziu a 11, 8 e 13 admitidos nos anos subsequentes (Figura 4), o que pode ser explicado pela adoção da Escala de Cascavel em 2010, que alterou o perfil dos pacientes admitidos no NRAD, uma vez que nessa avaliação os critérios de gravidade são mais específicos, com uma definição mais realista do estado funcional. Contudo, embora tenha ocorrido uma redução na entrada, as características etárias somente se mantiveram nos Anos 2 e 4, sendo observada

característica etária significativamente reduzida no Ano 3, quando foi observada idade variando entre 31 e 79 anos, com média de idade de  $57,0 \pm 17,9$  anos.

Para esses resultados encontrados devemos considerar que, apesar da literatura enfatizar a maior incidência de AVC em idosos, ela também salienta a influência de fatores não modificáveis, dentre eles a carga genética e fatores modificáveis como tabagismo, etilismo, sedentarismo, uso de anticoncepcional oral e obesidade. Esses hábitos ou condição, não foram investigados na presente pesquisa, o que não permite avançar na compreensão dessa alteração de faixa etária. Importante salientar que os hábitos de vida saudáveis têm sido temas explorados nas atividades de prevenção e educação em saúde, não somente nas comunidades assistidas pelo PSF, mas também para os escolares, através do Programa Saúde na Escola (PSE). Souza (2013) esclarece que o PSE é um programa interministerial, que se constitui com a participação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído por meio do Decreto nº6.286, de 5 de dezembro de 2007. Tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica. Os alunos, além de beneficiários do Programa, poderão ser multiplicadores e mediadores de conhecimentos das principais ideias dos temas transversais de saúde para a comunidade escolar, para sua própria família e para a vizinhança. É sabido que tal programa está, ao longo dos últimos três anos, se consolidando e avançando em Ceilândia, com agenda de reuniões ordinárias com a participação de representantes das escolas públicas credenciadas, dos PSF e Centros de Saúde, bem como de parceiros como é o caso da UnB.

A Figura 4 apresenta a curva de número de admitidos anualmente no serviço de internação domiciliar, associada a curvas de distribuição da faixa etária desses usuários em uma análise quadrienal. A estrela branca, na curva de número de sujeitos admitidos, indica o ano em que ocorreu uma grande redução do número de admitidos. A elipse tracejada aponta o ano em que a idade dos admitidos foi significativamente diferente ( $p < 0,05$ ) dos demais anos no quadriênio, detectada pelo teste Kruskal-Wallis com pós-teste de comparações múltiplas de Dunn.

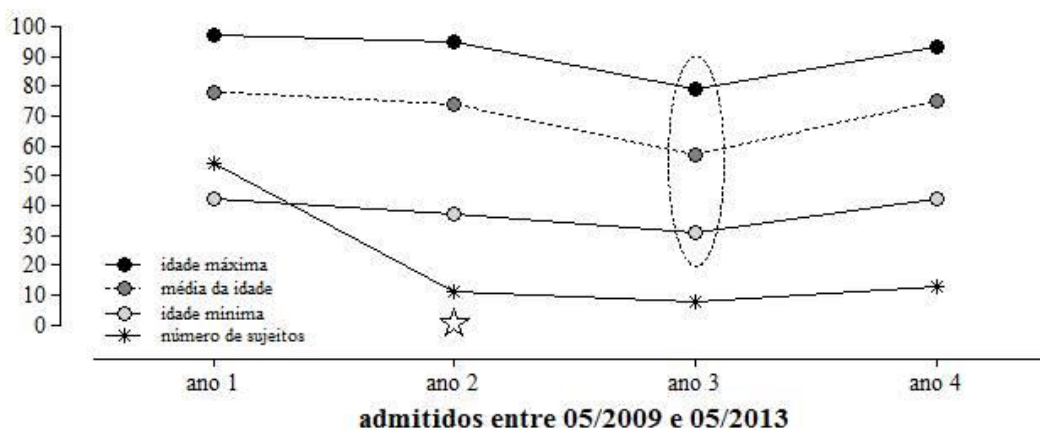


Figura 4. Curva de número de admitidos no serviço de internação domiciliar.

Na amostra de usuários da internação domiciliar, observou-se ainda uma predominância feminina (52%) de usuários. Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (Brasil, 2008). Silva, Araújo, Oliveira e Falcão (2010) destacam que dados demográficos demonstram que as mulheres apresentam maior longevidade que os homens, o que as levam a períodos mais longos de doenças crônicas. Além disso, existem diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades físicas. As mulheres são, em geral, mais atentas ao aparecimento de sintomas e têm um conhecimento melhor das doenças. A procura de cuidado médico precoce é explicada pelas autoras como uma das causas de um melhor prognóstico das doenças crônicas para o sexo feminino.

Pesquisa realizada por Barros (2012) no NRAD Sobradinho, a mais antiga Unidade de Internação Domiciliar do DF, apontou que aproximados 30% da demanda eram casos de AVC. Também constatou que a maioria da demanda tinha 60 anos ou mais e desses idosos, a maior parte era composta por pacientes do sexo feminino, o que corrobora os dados do Ministério da Saúde e parcialmente os resultados da presente pesquisa.

Embora tenha sido constatada uma perda de 31% de informações sobre o estado conjugal dos usuários, foi possível observar uma predominância de usuários casados (35%) e viúvos (24%), frente a uma minoria de sujeitos que declararam ser solteiros ou terem outras condições conjugais (10%).

A opção católica (36%), juntamente com o total de perdas de informação (36%), resultou em mais da metade das ocorrências para a variável religião, seguida por um contingente de 26% de usuários declarados evangélicos e mais 2% de usuários que declararam serem testemunhas de Jeová ou adventistas. Mais uma vez, a porcentagem de perda de informação aparece como fator impeditivo para outras análises. Apesar desse obstáculo, dentre os tipos de religião notificados nos prontuários, a maioria é católica, o que não contradiz a anunciada prevalência de católicos na população brasileira. O Brasil pode assistir, no transcorrer de sua história, a forte presença da Igreja Católica, quer na missa inaugural no seu descobrimento, quer na participação da Igreja junto aos movimentos sociais que antecederam a reforma sanitária, quer atualmente com a poderosa força do Vaticano, na figura do Papa Francisco, quebrando paradigmas, promovendo aproximações entre povos e desfilando com multidões de fiéis nos quatro cantos do mundo.

Os resultados apresentados na pesquisa ficaram polarizados nas religiões católica e evangélica. Entretanto, sabendo ser o Brasil um país laico, é de se supor que o cumprimento desse questionamento ao paciente/familiar/cuidador, com registro em prontuário, evidenciaria uma série de outras crenças e doutrinas, adotadas por nossa população. A atenção e aproximação com a



espiritualidade em períodos de dificuldade, incertezas, dor, utilizando-se de ritos religiosos para essa prática, é perceptível no comportamento do ser humano. Como profissionais de saúde, com frequência, ao adentrar o lar do paciente, nos deparamos com músicas gospel em execução, televisores sintonizados em missas, cultos ou outras pregações/reflexões, não raro um terço dependurado na cabeceira do doente, e outras manifestações similares. O respeito a essa variedade de rituais é uma demanda para a formação profissional, de forma a caracterizar uma postura ética da equipe multiprofissional frente às reações de crença e espiritualidade.

De forma semelhante, a condição de aposentado (36%), juntamente com as perdas (36%), respondeu por mais da metade das ocorrências observadas na variável condição de trabalho, seguido por 24% de usuários beneficiários, 3% de trabalhadores ainda ativos e 1% de usuários beneficiários e aposentados ao mesmo tempo. Os casos de AVC são responsáveis por grande parte das aposentadorias por invalidez (Rangel, Belasco & Diccini, 2013). Como a variável renda foi uma das descartadas na análise, por significativa perda de informação, mesmo sabendo da condição trabalhista do paciente, não foi possível avaliar sua participação no orçamento da casa, situação de grande peso no ônus financeiro decorrente da desospitalização, bem como nas relações familiares, principalmente se considerarmos ser a maioria dos cuidadores da categoria informal.

Scalzo, Souza, Moreira e Vieira (2010) defendem que a situação sócio-econômica desempenha um papel determinante na saúde de indivíduos e populações, sendo que piores condições de saúde e pior função física associam-se com menor renda familiar, independentemente da faixa etária.

### **5.3 Descrição do contexto habitacional e familiar**

Os usuários que compunham a amostra, estavam internados em domicílios onde se habitava de uma a oito famílias por lote (dois a oito moradores por família), configurando moradias com  $1,8 \pm 1,3$  famílias ( $4,4 \pm 1,7$  moradores por família), coabitando casas que variam de um a cinco cômodos ( $2,2 \pm 0,6$  cômodos). Apesar de não ter sido levantada a condição de parentalidade do paciente com as famílias moradoras no mesmo lote, na prática diária é possível perceber relação sócio-afetiva entre elas e delas com o doente, até como rede de apoio a este.

Nas residências de menos da metade dos usuários (46,5% da amostra), considerando uma perda de 24% das informações, foi comum encontrar de um a três animais domésticos entre cães, gatos e aves. A presença desses animais nas residências e até um certo culto a essa relação, cada vez mais estreita entre humanos e animais, embora com evidências positivas disponibilizadas pela mídia diariamente, é fator de preocupação no que tange à transmissão de doenças, específicas ou não, de cada um dos transmissores acima citados, como leishmaniose visceral ou Calazar, raiva, doença da arranhadura do gato, toxoplasmose, tungíase e outras. Quando não respeitadas regras básicas de higiene e ambiência, esse risco fica aumentado. O interesse nesse levantamento deveu-se

principalmente à questão das doenças infecciosas. Barros (2012), por meio de análise bivariada, evidenciou que a acomodação do paciente em quarto coletivo e a presença de animais no domicílio, foram estatisticamente associadas com alguma doença infecciosa (DI). A autora recomenda maior vigilância, por parte da equipe, das condições de higiene nos domicílios onde existam animais. Assim, existindo no domicílio do paciente do NRAD algum animal doméstico, sugiro que a equipe multiprofissional faça a vigilância imediata quanto ao controle das zoonoses e calendário vacinal, sob a orientação dos órgãos competentes e da medicina veterinária.

Na Figura 5 é possível observar que, pouco mais da metade das habitações (67%) dos usuários desta amostra, considerando as perdas de informação (12%), eram constituídas por casas próprias. Os demais usuários, 21% da amostra restante, habitavam em moradias alugadas (13%) ou cedidas (8%).

Se não considerarmos as perdas de 15% e 24% de informação para as variáveis habitação e acomodação respectivamente, todos os usuários do serviço de atenção domiciliar, habitavam moradias de alvenaria e utilizavam acomodações individuais (Figura 5).

Não considerando as perdas de informação (23% e 17% respectivamente), as moradias dos usuários internados em domicílios possuíam sanitários e cozinhas internas, com 58% das moradias possuindo quintal (21% não possuíam e 21% das informações foram perdidas).

Tais resultados demonstram que, no contexto habitacional, o padrão de moradia do paciente de AVC assistido pelo NRAD Ceilândia está acima da média dos padrões de habitação dos usuários do SUS, em sua maioria, se considerada para comparação a esfera nacional ou mesmo se comparados com moradias das áreas mais carentes de Ceilândia.

A Figura 5 representa a porcentagem de ocorrências para condição de moradia, tipo de habitação e forma de acomodação do usuário. Essa diferença fica mais acentuada quando constatamos que em sua maioria, eram acomodações que tinham garantidos, pelo sistema público de saneamento básico, o abastecimento de água (80% público, considerando 3% de abastecimento por poço artesiano e 17% de perda de informação); o tratamento de esgoto (78% público, considerando 5% de esgoto em fossa fechada e 17% de perda de informação); e a coleta de lixo (83% público, 1% aterro e 16% perda de informação). Tais dados se assemelham aos encontrados na pesquisa realizada no NRAD Sobradinho (Barros, 2012), o que evidencia características em comum das duas localidades e comprova as mudanças urbanas ocorridas no DF nos últimos 40 anos.

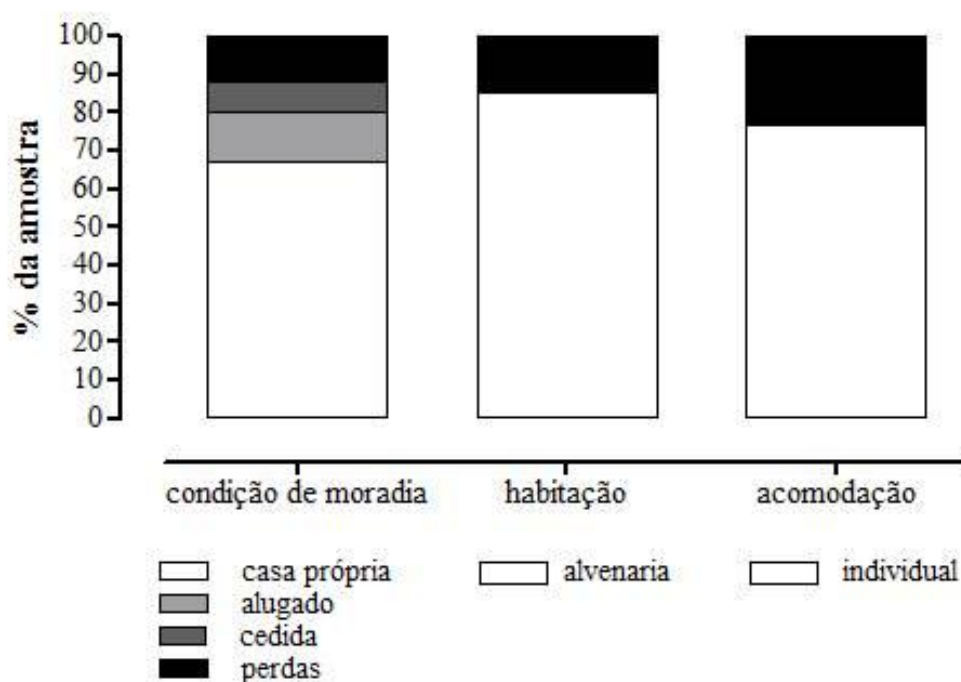


Figura 5. Condição de moradia, tipo de habitação e forma de acomodação do usuário.

As outrora denominadas cidades satélites, numa clara alusão de dependência ao Plano Piloto, no centro da capital, foram antigos assentamentos de imigrantes dos vários estados brasileiros quando da construção de Brasília e atualmente são reconhecidas como regiões administrativas. Saboia e Sandoval (2012) retomam que Ceilândia, fundada em 27 de março de 1971, surgiu com a Campanha de Erradicação de Invasões, na tentativa de erradicar os quase 80 mil moradores de invasões que se espalhavam pela recém construída capital federal. Viveu um processo não isento de violência, na remoção das famílias para um espaço desabitado e sem qualquer urbanização, o que equivale atualmente ao território da Ceilândia Norte. Tais condições geraram imensos conflitos sociais que desde então reforçam a desigualdade sócio-econômica-cultural entre as várias populações que compõem o DF. No caso específico de Ceilândia, percebe-se que diferentes condições resultaram em complexidades diversas para a saúde.

Fleischer e Batista (2013) relatam em seus estudos que a Guariroba, outro setor de Ceilândia, foi estruturada a partir da desapropriação de uma fazenda, cujas terras foram passadas para o patrimônio da Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap), que teve a incumbência de loteá-las e vendê-las. Tal venda não ocorreu e surgiram no local casas populares, construídas e subsidiadas pelo governo da capital. Portanto, a Guariroba não é identificada em sua história por ocupações clandestinas ou irregulares e o bairro não nasceu no marco da ilegalidade fundiária. As pessoas se inscreviam no cadastro da Sociedade de Habitação de Interesse Social (SHIS), criada em 1962 para promover uma melhor distribuição da terra urbana e eram sorteadas

para a aquisição da moradia própria. Entretanto, a falta de ruas, de transporte, de iluminação e de saneamento básico, principalmente a falta de água, foram problemas comuns a todos os ceilandenses. Tendo contado com uma política de urbanização e esforços de todos, a Guariroba poderia ser considerada, nos dias de hoje, como um produto consolidado de bairro popular planejado.

Há aproximados oito anos, os “condomínios” Sol Nascente e Pôr do Sol emergiram na periferia de Ceilândia, como exemplo de ocupação irregular e desordenada de terras e abrigam na atualidade mais de 85.000 habitantes de baixa renda. Totalmente inseridos na Região Administrativa de Ceilândia, estão em fase de regulamentação e caracterizados como Zona Especial de Interesse Social (ZEIS).

Pessoa (2014) informa que ao longo desses anos, dentre outras iniciativas para promoção do desenvolvimento do DF, o programa ADE PRÓ CIDADES busca o desenvolvimento e a consolidação das Áreas de Desenvolvimento Econômico do DF, por meio do desenvolvimento prioritário de infraestrutura urbana. A criação do centro regional autônomo, como previsto no PDOT, ainda está longe de ser materializada, uma vez que a dependência de Ceilândia do Plano Piloto ainda é vigente. Porém, a construção do Centro Administrativo do DF na transição de Taguatinga-Ceilândia e o início de seu funcionamento previsto para o corrente ano, devem impulsionar o desenvolvimento dessa região.

Saboia e Sandoval (2012) ainda citam que à época de sua pesquisa, de acordo com dados da CODEPLAN, 90% da população de Ceilândia contava com redes de saneamento básico e ruas asfaltadas, o que coincide com os resultados do atual levantamento, apontados na Figura 5. Todas as diversidades e adversidades expostas, com exemplificação de três dos setores de Ceilândia, estão no contexto e cenário de atuação do NRAD Ceilândia. Tais circunstâncias exigem da equipe de trabalho, além de competência técnica, criatividade no ver, planejar, fazer e avaliar.

Cinco principais níveis de parentesco caracterizaram os indivíduos que coabitavam o domicílio do usuário (cônjuge, filhos, netos, genro e nora). Dentre eles, a filha foi a mais prevalente na amostra, seguida pelo cônjuge, neta, filho, neto, genro e nora (Figura 6). Oito por cento dos coabitantes, classificados como outros, perfizeram 8% da amostra, considerando uma perda de 22% de informações.

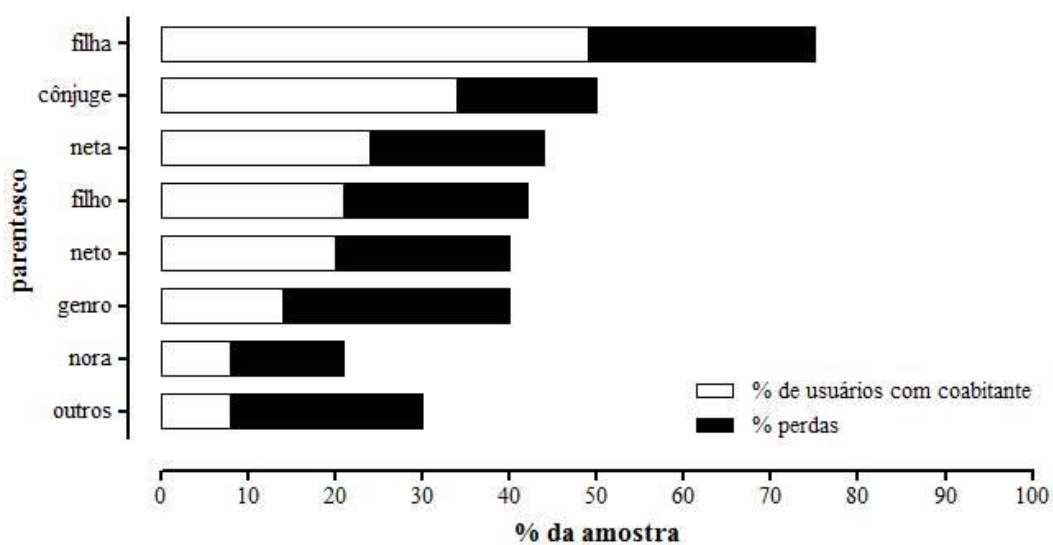


Figura 6. Porcentagem de usuários com parente coabitante.

A média de idade de cada parente coabitante variou bastante, conforme indicado na Figura 7 que apresenta o tipo de parentesco, por ordem decrescente de média de idade. Em média, foram observados  $66,7 \pm 15,5$  anos para os cônjuges,  $42,5 \pm 4,8$  anos para as noras,  $42,3 \pm 14,5$  anos para as filhas,  $32,6 \pm 15,4$  anos para os genros,  $32,6 \pm 15,4$  anos para os filhos,  $13,2 \pm 7,2$  anos para os netos e  $13,2 \pm 6,8$  anos para as netas. Parentes classificados como outros tinham  $50,2 \pm 22,9$  anos.

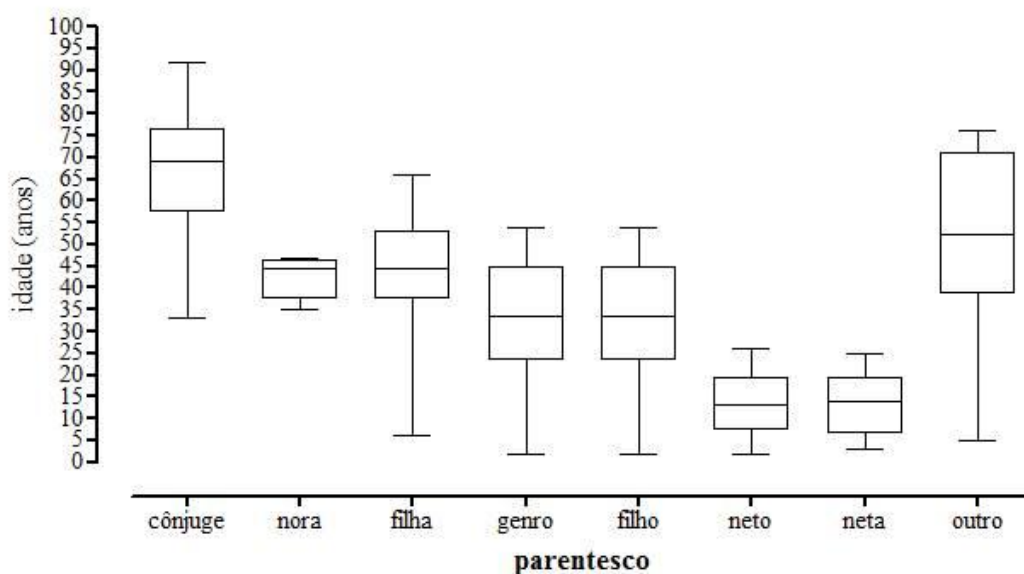


Figura 7. Box-plots da distribuição da idade que tinha cada sujeito coabitante por grau de parentesco.

Segundo Barros (2012), a literatura aponta que as pessoas idosas casadas possuem uma saúde melhor, inclusive mental, têm menor tendência para depressão e costumam se declarar mais

felizes do que os indivíduos solteiros, viúvos ou separados. Da mesma forma que o casamento, o fato do idoso morar com parentes apresenta a vantagem de reduzir sua vulnerabilidade em caso de doença ou incapacitação, reduzindo também, a suscetibilidade à depressão e aos estados psicológicos relacionados à solidão. Importante considerar que, além da identificação das pessoas que convivem com o paciente, é importante a compreensão da dinâmica da família. Schwonke, Silva, Casalinho, Santos e Vieira (2008) recomendam a utilização do genograma e do ecomapa, instrumentos que permitem uma rápida visão da complexidade estrutural da família, o que facilitaria o processo de assistência, possibilitando o desenvolvimento de ações articuladas e humanizadas. Para esses autores, o genograma é um diagrama que contém informações sobre os membros da família e suas relações nas três últimas gerações. O ecomapa representa as relações da família com o mundo (instituições, pessoas externas).

Na velhice, o indivíduo fica mais suscetível a precisar de suporte funcional, financeiro ou emocional e a família ainda é a grande provedora de apoio ao idoso. Sousa et al. (2012) consideram as relações intergeracionais, no interior das famílias, como fatores importantes nessa faixa etária. Camargos, Rodrigues e Machado (2011) constatam em seus estudos que a coresidência do idoso com familiares é maior em países de menor desenvolvimento econômico e que no Brasil, a opção por esse arranjo familiar e domiciliar permanece elevada entre os idosos, mas com tendência, assim como na maioria dos países, ao aumento de domicílios unipessoais para a população de 60 anos e mais. Os autores também comentam que, quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior a quantidade de idosos em domicílios com menor número de pessoas, ou com poucas crianças e filhos adultos, e maior é a probabilidade de o idoso morar sozinho. Argumentam os pesquisadores, que pessoas com maiores níveis de escolaridade, geralmente apresentam maior habilidade para cuidar de si mesmos, possuem maior poder de compra e têm cobertura social e de saúde mais adequadas. Silva e Gunther (2000) consideram que a baixa escolaridade dificulta a aquisição de novas habilidades e recursos e podem prejudicar o desenvolvimento. Como nesta pesquisa, renda, ocupação e escolaridade foram variáveis desconsideradas para análise, por perda de dados superior a 50%, não foi possível avaliar a correspondência dos dados do NRAD Ceilândia com esses resultados da literatura.

No Brasil ainda não existem programas formais por parte do Estado para prestar assistência aos idosos que não possuem auxílio da família ou recursos financeiros e necessitam de apoio. Para os que não podem contar com a ajuda informal, a institucionalização ainda é a principal alternativa (Camargos, Rodrigues & Machado, 2011). À exceção dessa realidade nacional, na cidade de São Paulo, a Prefeitura Municipal, desde o ano de 2004, desenvolve o Projeto Acompanhante de Idosos/Anjos Urbanos. Trata-se de uma política pública que oferece uma profissional (mulher) para exercer as atividades de acompanhante e cuidadora, na casa de pessoas idosas que moram sozinhas ou não têm a presença constante dos seus familiares. É um projeto inovador pois, demonstra a

responsabilidade do Poder Público na provisão dos cuidados aos seus cidadãos. A supervisão do trabalho é feita pela equipe de saúde da unidade básica, da ESF ou pela Unidade de Referência de Saúde do Idoso, ponto inicial para a regulamentação da atividade (Born, 2008).

#### 5.4 Descrição dos cuidadores principais dos usuários da internação domiciliar A

amostra de usuários da internação domiciliar deste estudo (n=86) era supervisionada por cuidadores principais, com idade variando de 21 a 78 anos, perfazendo média de idade de  $46,5 \pm 12,7$ .

A Figura 8 mostra que esses cuidadores principais foram procedentes de 14 unidades federativas (UF) do Brasil. Os segmentos tracejados perpendiculares ao eixo x destacam as regiões nas quais as unidades federativas se localizam. O quadro informativo na área do gráfico aponta a porcentagem de perda de informação para a variável procedência. As UF mais prevalentes foram Distrito Federal e Minas Gerais (14% cada), porém, a maioria dos cuidadores principais é procedente dos estados da região Nordeste (Figura 8), à semelhança do que foi constatado em relação aos usuários, com exceção do DF citado.

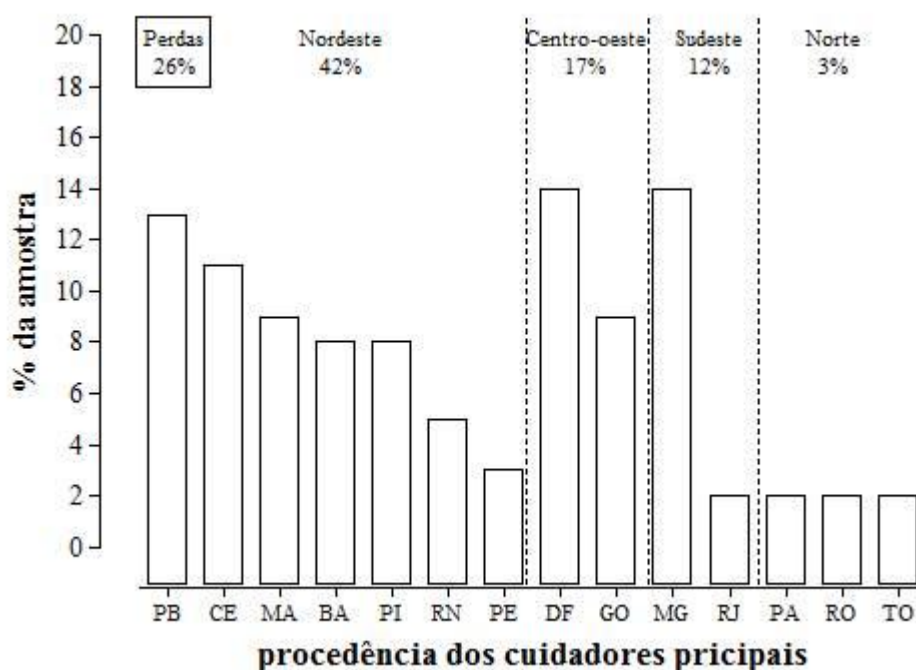


Figura 8. Procedência dos cuidadores principais por unidade federativa (n=86).

Da mesma forma que analisado para os próprios usuários, agora para os cuidadores principais, mesmo que procedentes de UF diferentes do DF, excluindo-se as perdas, a maioria da amostra (n=36) adquiriu seu RG no DF. Para a amostra corrigida (n=64, total de sujeitos, desconsiderando os indivíduos em que a informação sobre procedência foi perdida), observou-se

que 89% deles adquiriram seu RG no DF (Tabela 6). Dos 11% restantes, 6% adquiriram seu RG em outras UF e em 5% não foi possível confirmar tal informação (perdas).

A Tabela 6 mostra as proporções da distribuição dos RG para cuidadores principais, expedidos no DF por UF e região de procedência.

Tabela 6  
*Proporções da distribuição dos Registros Gerais (RG) para cuidadores principais no DF*

| UF                           | RG expedido no DF? |      | perdas |
|------------------------------|--------------------|------|--------|
|                              | sim                | não  |        |
| PB                           | 88%                | 12%  | 0%     |
| CE                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| MA                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| BA                           | 80%                | 0%   | 20%    |
| PI                           | 60%                | 20%  | 20%    |
| RN                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| PE                           | 50%                | 0%   | 50%    |
| Nordeste                     | 86%                | 6%   | 8%     |
| DF                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| GO                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| Centro-oeste                 | 100%               | 0%   | 0%     |
| MG                           | 89%                | 11%  | 0%     |
| RJ                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| Sudeste                      | 90%                | 10%  | 0%     |
| PA                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| RO                           | 100%               | 0%   | 0%     |
| TO                           | 0%                 | 100% | 0%     |
| Norte                        | 67%                | 33%  | 0%     |
| Amostra corrigida<br>(n=64)* | 89%                | 6%   | 5%     |

Análise feita em amostra corrigida (\*) para Unidades Federativas (UF) e regiões em função do quantitativo de perdas identificado na variável procedência. A linha na tabela destacada em cinza indica a única proporção na região Nordeste em que não foi detectada diferença significativa (i.e. as proporções foram semelhantes,  $p > 0,05$ ) da proporção esperada para a amostra corrigida pelo teste Qui-Quadrado. Nas demais UF e regiões as proporções observadas apresentaram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) da proporção na amostra corrigida. As UF foram descritas pelas suas siglas oficiais e agrupadas pela região à qual pertencem na tabela. As regiões foram destacadas por quadros.

Ao comparar as proporções observadas em cada UF, tendo como referência de proporção esperada 89%, 6% e 5% (proporção observada na amostra corrigida), somente a região Nordeste foi semelhante ao do total da amostra corrigida (Tabela 6). Essa região representou 42% dos cuidadores principais de usuários da amostra. Para as demais UF e regiões, as proporções observadas apresentaram significativa discrepância da proporção da amostra corrigida,



predominando uma tendência para maior prevalência de RG expedidos no DF, à exceção de PE e TO.

Ao analisar um subconjunto da amostra representado pelos cuidadores principais cujo RG foi expedido no DF (n=57, 66% do total amostrado), foi constatado que a maioria o fez a partir dos 20 anos de idade (Figura 9). A Figura 9 representa então a distribuição da idade que tinha cada cuidador principal com expedição do documento feito no DF (n=57), no momento da expedição do Registro Geral (RG). O segmento tracejado mostra a idade a partir da qual 3/4 dos sujeitos estão localizados.

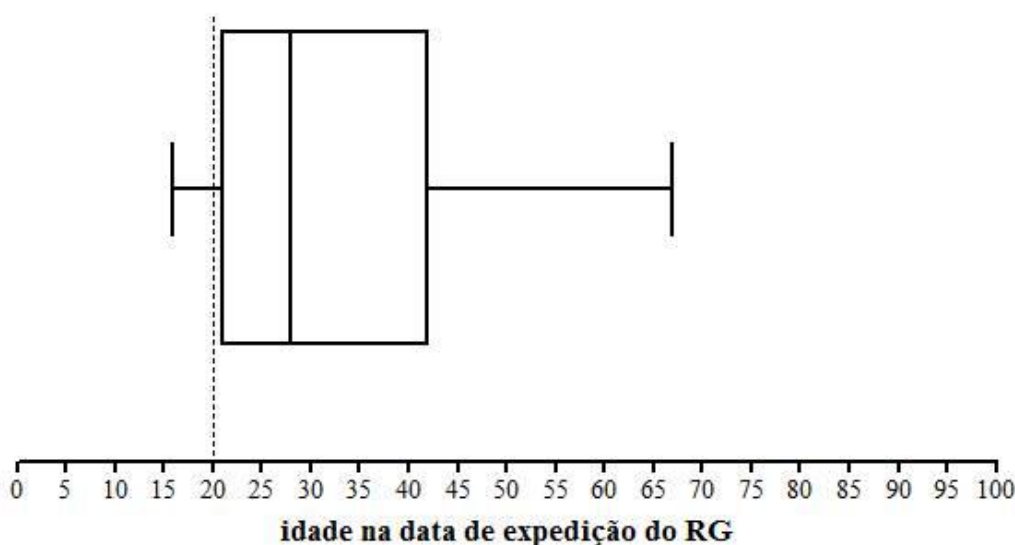


Figura 9. Box-plot da distribuição da idade do cuidador principal na data da expedição do RG.

Dentre os cuidadores principais na amostra de usuários em internação domiciliar, considerando 2% de perda de informação, 92% possuía parentesco com o usuário, predominando o cuidado pelos filhos (65%) e seguido pelo cuidado pelo cônjuge (13%), por netos (6%), por irmãos (5%) e pelos cônjuges de filhos (3%). Uma minoria de 2% não possuía grau de parentesco com o usuário. Tais resultados estão em consonância com outras pesquisas que constataram serem os cuidadores dos pacientes em internação domiciliar, em sua grande maioria, familiares denominados cuidadores informais. Barros (2012), constatou que 80,2% dos pacientes atendidos pelo NRAD Sobradinho estavam assistidos por cuidador informal e aventou a possibilidade desse percentual alto estar relacionado à baixa condição socioeconômica dos usuários, uma vez que o cuidador informal não recebe pagamento por seu trabalho.

Considerando 1% de perda de informação, os cuidadores principais eram predominantemente do sexo feminino (92%) e em sua maioria casados (38%, considerando perda de 40% de informação). Nos outros 22% foram observados solteiros (14%) e viúvos (3%), além de outros estados conjugais (5%). Considerando-se os 48% de perdas de informação, os cuidadores

principais da amostra de usuários da internação domiciliar tinham em sua maioria o nível médio (24%), seguido pelos demais níveis de escolarização, conforme indicado na Figura 10.

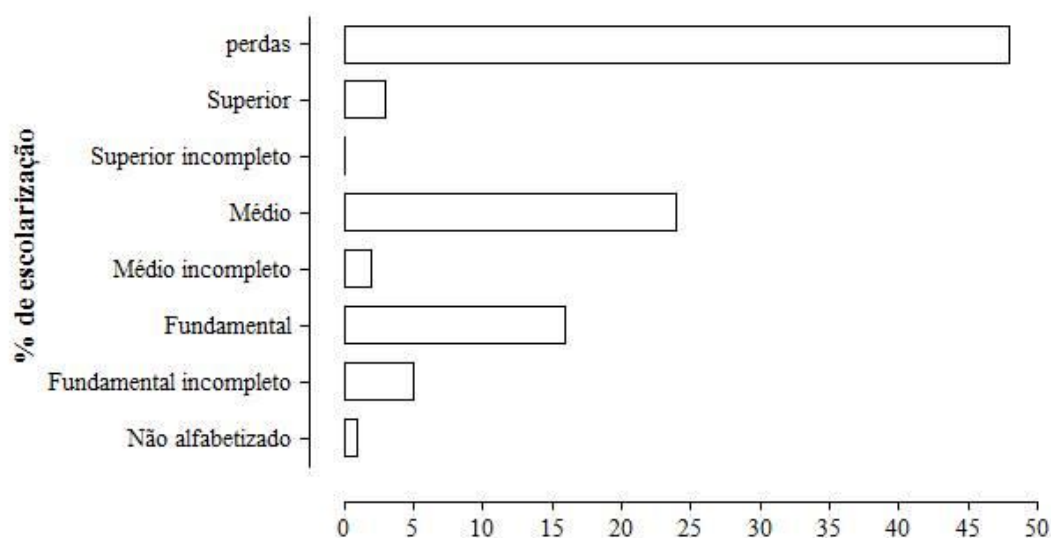


Figura 10. Porcentagem de escolarização dos cuidadores principais.

O desconhecimento parcial do grau de escolaridade dos cuidadores principais, por parte da equipe de trabalho, demonstrado pela alta porcentagem de perdas de informação desse dado, compromete o planejamento e efetividade das ações, uma vez que educação em saúde é parte das atividades do PID. Ter registrada em prontuário a condição de escolaridade do cuidador, possibilita ao profissional de saúde a escolha e adequação de técnicas para a transmissão dos ensinamentos, primando pela qualidade do cuidado ofertado ao paciente, bem como pela sensibilização do cuidador para o autocuidado. Vale ressaltar que, é o cuidador domiciliar quem lida com os vários medicamentos, horários, dosagens, plano terapêutico e outros. Como já citado, para cuidadores formais é exigido o ensino fundamental completo. Entretanto, para cuidadores familiares que representam a maioria no presente estudo, para esse quesito, não existe o mesmo rigor. Tal flexibilidade pode aumentar a probabilidade ou possibilitar a heterogeneidade desse grupo de pessoas no que tange à capacidade de leitura e de interpretação, se entendermos essas duas competências como inerentes ao grau de escolaridade. Além disso, Freire (1986) destaca que:

“saber ler” não é simplesmente juntar as letras formando palavras, juntar palavras formando frases e nem juntar frases formando textos, saber ler não é simplesmente ler, “saber ler” é ler e entender, é ler e depois poder expressar aquilo que leu com suas próprias palavras, saber ler é saber interpretar. (p. 11)

Importante registrar que, se por um lado não temos informações, por outro podemos afirmar que aproximados um quarto dos cuidadores principais tem o nível médio de escolaridade, o que representa um potencial diferencial para atuação da equipe.

Em 84 dos 86 usuários desta amostra foram observados cuidadores que os acompanharam até a alta do serviço de atenção domiciliar, com um usuário cujo cuidador não o acompanhou até alta e um outro usuário em que houve perda de informação. Do total de cuidadores por usuário, 55 deles (64%) participaram de pelo menos uma, das 13 reuniões de cuidadores promovidas pelo NRAD no quadriênio da pesquisa.

### 5.5 Descrição dos segundos cuidadores dos usuários da internação domiciliar

Nesta amostra, 42 usuários possuíam segundos cuidadores (43%). Sendo assim, a primeira análise de perda de dados necessitou ser refeita para o grupo de variáveis que caracterizam os segundos cuidadores, uma vez que na análise anterior considerava a amostra total (n=86).

Nesta nova análise (Tabela 7), quase todas as variáveis apresentaram perdas igual ou superiores a 50%, sendo desconsideradas para análise. Exceção foi feita para as variáveis: parentesco, sexo e participação com porcentual de perdas igual a 10%, 5% e 1% respectivamente.

Tabela 7

*Caracterização das variáveis que descrevem o segundo cuidador*

| Conjunto de dados   | Variáveis                 | % de perda          | Tipo de variável      |
|---------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|
| Segundos cuidadores | procedência*              | 65%                 | qualitativa nominal   |
|                     | idade de aquisição do RG* | 65%                 | quantitativa discreta |
|                     | idade de admissão*        | 60%                 | quantitativa discreta |
|                     | parentesco                | 42%                 | qualitativa nominal   |
|                     | sexo                      | 35%                 | qualitativa nominal   |
|                     | estado conjugal*          | 50%                 | qualitativa nominal   |
|                     | escolaridade*             | 63%                 | qualitativa ordinal   |
|                     | ocupação*                 | 65%                 | qualitativa nominal   |
|                     | etnia*                    | 70%                 | qualitativa nominal   |
|                     | religião*                 | 70%                 | qualitativa nominal   |
|                     | renda*                    | 70%                 | quantitativa contínua |
| participação        | 32%                       | qualitativa nominal |                       |

Variáveis obtidas de fontes secundárias de dados (prontuário de usuários amostrados). As variáveis indicadas por um asterisco (\*) foram desconsideradas para análises por apresentarem uma perda de dados superior a 50%. Cada conjunto de dados foi ordenado para análise em primeiro e segundo conjuntos.

Foi observado que, para os segundos cuidadores, muito pouca informação estava disponível em prontuário, comprometendo sua caracterização. Contabilizando 35% de perdas, foi possível constatar que os segundos cuidadores são em sua maioria do sexo feminino (58%) e constituído em 30% dos casos por filhos dos usuários, considerando uma perda de 42% de informação. Dentre os segundos cuidadores, 10% participaram de pelo menos uma, das 13 reuniões promovidas pelo NRAD (32% de perdas de informação). A incompletude dos dados, principalmente os relacionados ao cuidador e mais especificamente ao segundo cuidador, limita os

estudos sobre esse agente, com consequente comprometimento da qualidade de um futuro planejamento de ações educativas e de treinamento em serviço.

### 5.6 Descrição da internação domiciliar

Nem todos os 86 sujeitos desta amostra foram encaminhados por profissional da saúde para o serviço de internação domiciliar. Na Tabela 8 é possível observar que a maioria dos encaminhamentos (53%) foi feita por médico, seguida de admissões sem encaminhamento (43%) e um mínimo de encaminhamento feito por outro profissional ou ambos (médico e outro profissional). As admissões ocorridas sem relatório médico, contrariando o já apresentado protocolo da Internação Domiciliar associam-se ao fato citado anteriormente de que nos mais de três primeiros anos de funcionamento do NRAD Ceilândia, sem contar com o protocolo de desospitalização, eram admitidos pacientes cujas altas hospitalares tinham ocorrido recentemente ou imediatamente antes da admissão do NRAD, mas também alguns casos já instalados no domicílio há muito tempo. A implantação do protocolo de desospitalização significou o apoio para tais admissões não mais ocorrerem. Ao se separar a amostra em grupos definidos pela análise da presença de UP, observou-se discrepância significativa em relação à amostra total somente no grupo de sujeitos com UP múltipla em que o encaminhamento ocorreu somente por médico.

Tabela 8

*Encaminhamentos ao serviço de internação domiciliar em análise geral e por presença de úlcera de pressão*

| Quem fez o encaminhamento?   | amostra   | sem UP    | UP única  | UP múltipla |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| médico                       | 46 (53%)  | 17 (55%)  | 6 (40%)   | 23 (58%)    |
| outro profissional           | 2 (2%)    | 2 (6%)    | 0 (0%)    | 0 (0%)      |
| médico e outro profissional  | 1 (1%)    | 0 (0%)    | 1 (7%)    | 0 (0%)      |
| ninguém (sem encaminhamento) | 37 (43%)  | 12 (39%)  | 8 (53%)   | 17 (42%)    |
| Total                        | 86 (100%) | 31 (100%) | 15 (100%) | 40 (100%)   |
| % da amostra                 |           | 36%       | 17%       | 47%         |

No momento da admissão na internação domiciliar, dos 86 sujeitos da amostra, 55 (64%) possuíam úlceras de pressão classificadas em UP única (27%) ou UP múltipla (73%). A distribuição de frequência foi apresentada por valor absoluto (n) e relativo (%). As colunas destacadas em cinza na tabela indicam a única comparação em que o teste Qui-Quadrado não detectou discrepância significativa (i.e. as proporções foram semelhantes,  $p > 0,05$ ), tendo como referência a proporção esperada para a amostra total quando comparada à proporção observada na amostra de sujeitos com úlceras de pressão (UP) múltiplas. Nas demais comparações, as

proporções observadas apresentaram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) da proporção na amostra. No caso dos recém desospitalizados, a ocorrência de UP é muito frequente e isso tem sido motivo para grandes discussões nas esferas técnica-administrativa-educacional. Lamentavelmente, essa não é uma realidade restrita ao serviço hospitalar de Ceilândia. A literatura aponta alta incidência dessa intercorrência. Quanto aos acamados no domicílio há mais tempo, antes da intervenção da EMAD, também a ocorrência de UP foi observada com frequência. Tais situações, apesar de distintas quanto aos cenários de ocorrência, requerem compromisso, assertividade e elaboração/adoção de protocolos de intervenção que contemplem ações educativas como principal meio de prevenção. A gravidade do problema fica evidenciada nas elevadas porcentagens demonstradas na Tabela 8.

Para os usuários que apresentavam UP no momento da admissão, também constava em prontuário a classificação dessa UP. A escala em tons cinza da Figura 11 mostra do menor ao maior grau (1 a 5), bem como também está indicando a porcentagem de perda. A estrela branca indica em qual proporção ocorreu discrepância significativa ( $p < 0,05$ ) detectada pelo teste Qui-Quadrado ao comparar a distribuição observada com a distribuição esperada com base na amostra total. A análise da figura permite observar que, para a amostra total de sujeitos com UP, predominaram as classificações 3 (29%) e 2 (25%), representando 54% da amostra e considerando uma perda de 23% de informação.

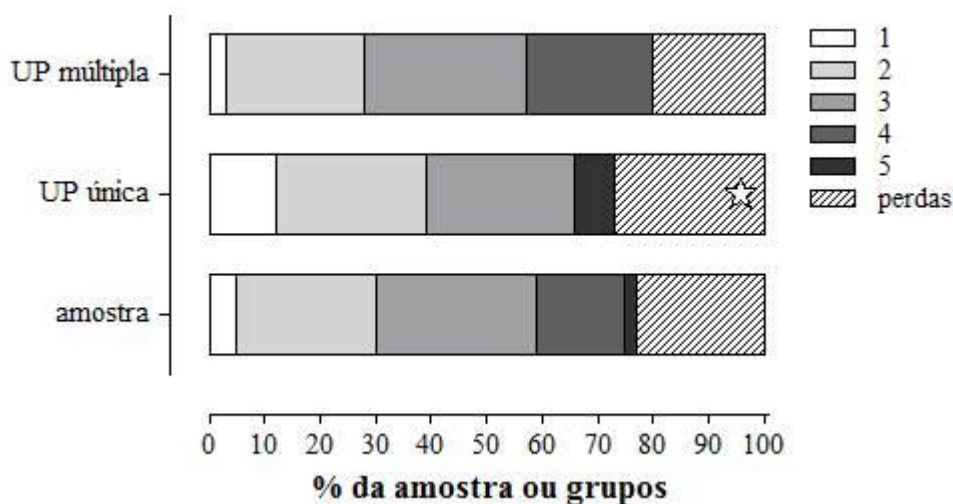


Figura 11. Porcentagem de ocorrência dos diferentes graus de úlcera de pressão (UP) na amostra e nos grupos separados por tipo de UP.

Ao separar em dois grupos (UP única e UP múltipla), nenhuma discrepância significativa foi observada para os usuários com UP múltipla, porém, para os usuários com UP única foi detectada discrepância significativa, principalmente gerada pela falta de usuários com UP

classificadas como nível 4. O predomínio de UP de graus 3 e 2 é um indicativo de que cuidados preventivos estão aquém do necessário, não desconsiderando particularidades clínicas de cada paciente. Por outro lado, sendo esse tipo de lesão de caráter potencialmente evolutivo, a não detecção de UP grau 4 no momento da admissão do paciente, pode ser entendida como dado positivo.

Outros procedimentos ou dispositivos importantes para a atenção domiciliar como traqueostomia (TQT), hemodiálise (HMDL), sonda vesical de alívio (SVA) e sonda vesical de demora (SVD) estavam presentes em baixa prevalência na amostra: 10%, 1%, 0% e 13% respectivamente. Em sua maioria, os usuários se alimentavam por sonda nasointestinal (SNI, 38%), seguido por usuários que se alimentavam por dieta oral (35%), por gastrostomia (GTT, 16%), por sonda nasogástrica (SNG, 10%) e por jejunostomia (1%). Esses recursos não são de uso exclusivo dos pacientes do PID, uma vez que podemos localizar as mesmas necessidades em usuários hospitalizados, ou em acompanhamento ambulatorial nos centros de saúde ou no PSF. Entretanto, denunciam a ocorrência de situações especiais, pregressas ou vigentes, clínicas ou cirúrgicas, em sua grande maioria graves, que vão requerer qualificação específica para o manejo, quer pelo próprio usuário, quer por seu cuidador e principalmente pela equipe assistente. Ao mesmo tempo que podem ser apelidados de recursos salva-vidas, são potenciais desencadeadores de complicações. Na prática profissional, não é raro encontrar obstrução de cânula de traqueostomia por inadequada higienização da mesma, levando o paciente a desconforto respiratório; paciente depauperado após uma sessão de hemodiálise, necessitando de socorro imediato; sinais de infecção de trato urinário após utilização de sondas vesicais, sejam elas de alívio ou de demora; inflamação ao redor da instalação da gastrostomia ou jejunostomia; broncoaspirações nos usuários de sondas nasogástricas ou nasointestinais, dentre outros. Lembrando que a maioria dos cuidadores dessa pesquisa são familiares dos usuários e que a preparação de cuidadores formais por parte do Estado não está consolidada, caberá à equipe do NRAD atuar para capacitá-los com qualidade.

Nesta amostra e no período estudado, os sujeitos admitidos no programa de internação domiciliar e/ou seus cuidadores, receberam de 1 a 101 atendimentos diretos de um dos profissionais que integravam a equipe multiprofissional do NRAD (médico, equipe de enfermagem, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social), em um total de 2075 atendimentos diretos. Na Figura 12 o *box-plot* de linhas mais espessas indica a distribuição da soma de todos os atendimentos diretos. A sigla do profissional ou do grupo ao final das caixas individualizadas por categoria, indica diferença significativa na comparação entre eles ( $p < 0,05$ ), detectada pelo teste de Kruskal-Wallis e pós-teste de Dunn.

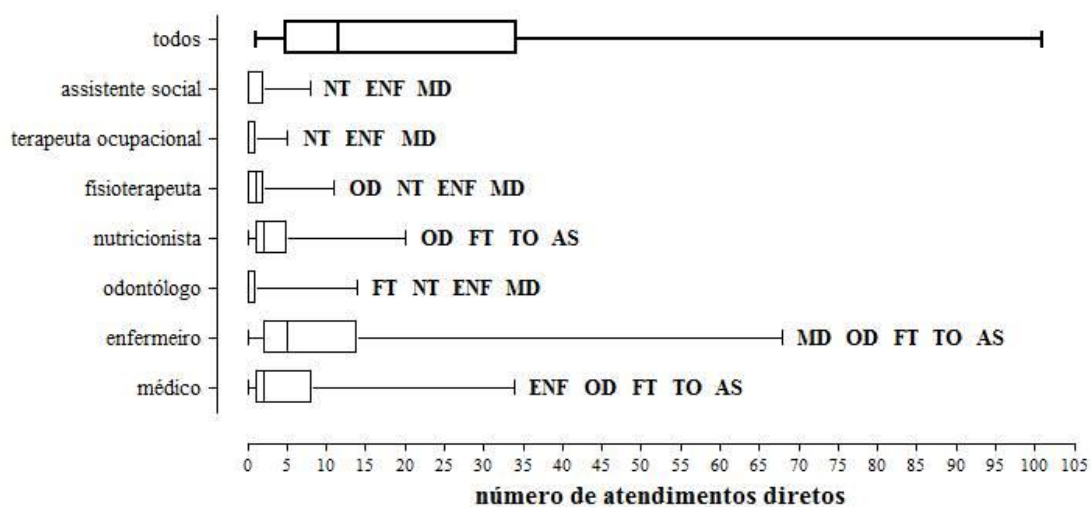


Figura 12. Box-plots da distribuição de atendimentos diretos por profissional da equipe multiprofissional.

Em média aconteceram  $24 \pm 27$  atendimentos diretos. Nenhum sujeito recebeu atendimento direto de todos os profissionais. Essa assistência direta foi concedida tanto no domicílio quanto nas dependências do NRAD. Não foram computados atendimentos indiretos como registros em prontuário, emissão de receitas, monitoramento por telefone, elaboração de relatórios, encaminhamentos para referências e outros. Nos atendimentos diretos da enfermagem foram considerados consultas e procedimentos específicos realizados pelos enfermeiros, como instalação de cateteres, troca de sondas ou de cânulas, curativos nas UP e outros, bem como o trabalho dos técnicos de enfermagem, como visitas, coleta de material para exames laboratoriais, orientação a pacientes e cuidadores, supervisão de cuidados gerais ao paciente, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais e outros. Como já descrito, o NRAD trabalha com uma agenda de coordenação de cuidados ao usuário como rotina, previamente estabelecida e com classificação de risco. A demanda para cada profissional está na dependência das características de cada paciente admitido, o que resulta nessa variação de cobertura assistencial.

Observa-se na Figura 12 que o número de atendimentos diretos realizados pela enfermagem foi superior ao de todos os demais profissionais ( $10 \pm 14$  atendimentos por usuário, totalizando 899 atendimentos). O quantitativo de atendimentos do médico ( $6 \pm 8$  visitas por usuário, total de 519) só não foi superior aos atendimentos do grupo de enfermagem, mas também foi superior ao quantitativo de atendimentos dos demais profissionais.

Os terceiro e quarto profissionais que mais fizeram atendimentos diretos aos usuários e/ou seus cuidadores foram o nutricionista ( $3 \pm 4$  atendimentos por usuário/cuidador, total de 287 atendimentos diretos) e o fisioterapeuta ( $2 \pm 2$  atendimentos por usuário/cuidador, total de 138 atendimentos diretos), respectivamente; que realizaram mais atendimentos diretos que o assistente

social ( $1 \pm 1$  atendimentos por usuário/cuidador, total de 112 atendimentos). O odontólogo (total de 66 atendimentos) e o terapeuta ocupacional (total de 54 atendimentos) realizaram menos de um atendimento por usuário/cuidador, sendo este último o que realizou menos atendimentos diretos (Figura 13). Vale ressaltar que em relação às duas últimas categorias profissionais citadas, ambas não trabalharam em regime de 40 horas semanais em grande parte do período investigado. A primeira delas, por estar aguardando ampliação de carga horária junto à SES/DF e a segunda, por ter sido afastada por licença maternidade. Essas condições podem ajudar a esclarecer a contida produção, quando comparada com os demais servidores da equipe.

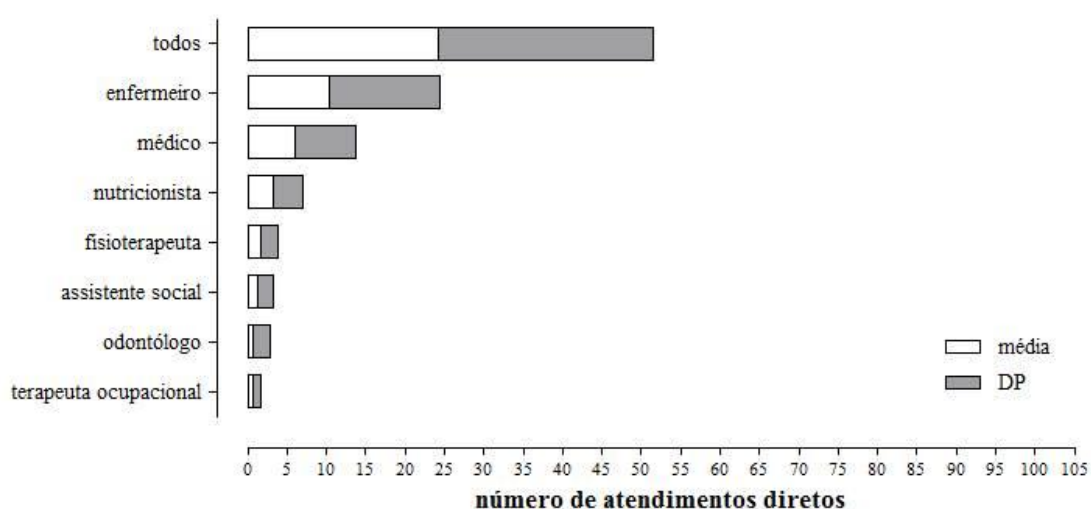


Figura 13. Média e desvio padrão (DP) do número de atendimentos diretos por usuário para o total de profissionais e para cada profissional.

### 5.7 Descrição do transcorrer da internação domiciliar e rehospitalizações

Ao analisar a evolução das úlceras de pressão no dia da admissão e no transcorrer na internação domiciliar, foi possível observar um aumento na perda de informações citadas no prontuário, tanto na caracterização do tipo quanto na avaliação do grau das UP. A Figura 14 mostra que a informação sobre o tipo de UP estava plenamente citada no prontuário para todos os usuários na admissão (0% de perdas), porém, no transcorrer da internação domiciliar observou-se 7% de perdas. Perdas de informação sobre o grau de UP já estavam presentes na admissão e tiveram um aumento de 9% no transcorrer da internação domiciliar. O gráfico da esquerda na Figura 14 mostra o crescimento ou diminuição da porcentagem de ocorrências de tipo de UP, incluindo a porcentagem de perda de informação. O gráfico da direita mostra a mesma evolução para os graus de classificação das UP. Para o monitoramento desejável da UP é de suma importância estar atento à classificação da mesma, seja para garantir o estoque de insumos necessários para os curativos, seja para a programação das visitas domiciliares dos enfermeiros, considerando a classificação de



risco, ou para o acompanhamento clínico, por serem de fácil evolução para infecção. UP podem evoluir de grau 1 para grau 3 em poucas horas, bem como UP única poderá não ficar sozinha por muito tempo. Uma vigilância sobre elas, além de avaliar a qualidade do cuidado por parte do cuidador, poderá evitar o surgimento de novas UP. Esse agravo demanda o envolvimento de toda a equipe, mas em especial do nutricionista, pois além da condição de acamados, os pacientes mais emagrecidos, desnutridos e diabéticos descompensados são mais propensos a apresentar essas lesões. Outra situação corriqueira é a dificuldade que o cuidador enfrenta, sem poder contar com uma terceira pessoa para proceder a mobilização do doente no leito a curtos intervalos de tempo. Manter em prontuário o registro da evolução das UP no transcorrer da internação domiciliar poderia ser uma medida para melhoria do serviço e consequente obtenção de melhores resultados para o assistido.

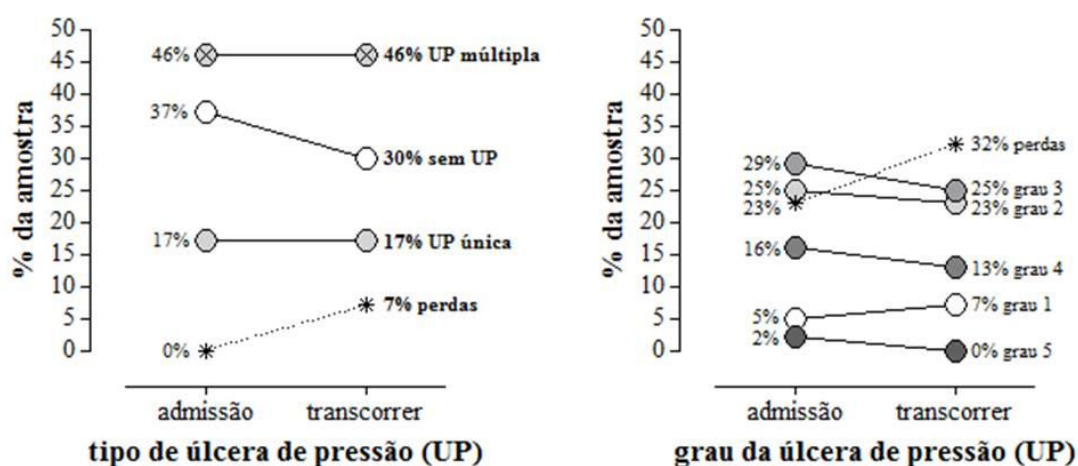


Figura 14. Curva de evolução do tipo e grau de úlcera de pressão observada na admissão e no transcorrer da internação domiciliar.

O padrão de distribuição de frequência do tipo e do grau das UP encontradas na admissão e esperadas no transcorrer da internação domiciliar sofreram discrepâncias detectadas pelo teste Qui-Quadrado, somente para o tipo de UP (Gráfico à esquerda, Figura 14). Essa discrepância foi principalmente determinada pelo aumento na porcentagem de perdas, que deve ter refletido na queda da porcentagem de sujeitos sem UP, uma vez que a porcentagem de sujeitos com UP únicas e múltiplas não se alterou. Quanto à distribuição de ocorrências relativas ao grau das UP, nenhuma discrepância foi detectada pelo mesmo teste (Gráfico à direita, Figura 14).

Desconsiderando as perdas, temos a evidência de que a presença de UP é uma realidade para a maioria dos pacientes do NRAD Ceilândia, se não no momento da admissão, durante a internação domiciliar. A possibilidade de o paciente chegar ao NRAD com UP é alta e também é alta a possibilidade desse indivíduo permanecer com ela, mesmo que haja alteração na classificação do grau da lesão.

É sabido que as internações hospitalares, bem como as rehospitalizações, favorecem o aparecimento das UP (Chayamiti & Caliri, 2010; Oliveira, Lombardi & Scoppetta, 2010; Ribas, 2011). Apesar do acompanhamento e tratamento de feridas, dentre elas as UP, estarem no domínio da enfermagem, é da responsabilidade de todo profissional de saúde e também dos estudantes dessa área, bem como dos cuidadores, sejam eles formais ou informais, que prestem assistência direta ou indireta ao paciente, incentivarem e adotarem em suas rotinas de trabalho medidas de prevenção a essas lesões.

Silva, Araújo, Oliveira e Falcão (2010) utilizaram como instrumento de medida a Escala de Braden (Anexo E) para avaliação dos seus pacientes, no estabelecimento de protocolo preventivo para as UP. Essa escala, além de ser a mais utilizada no Brasil, tem alto valor preditivo para o desenvolvimento de UP, utilizando pontuação para as várias condições que contribuem para o aparecimento das úlceras. A inclusão da utilização dessa escala pelo NRAD Ceilândia poderia auxiliar a equipe para um maior controle e conseqüente melhor resultado em relação a esse agravo específico. Vale ressaltar que essa é apenas uma etapa da prevenção, sendo que as demais decorrem do processo de educação em saúde para o cuidador e sua apreensão e aplicação dos ensinamentos recebidos.

Apesar da magnitude do problema, Miyazaki, Caliri e Santos (2010) denunciavam que até 2010 ainda não existia diretriz nacional para prevenção e tratamento da UP e que especialistas no assunto utilizavam diretrizes internacionais para fazer recomendações aos profissionais de saúde do Brasil.

Também Crozeta (2013) realizou pesquisa com o objetivo de desenvolver e validar um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão para a realidade brasileira e obteve como resultado uma aprovação de mais de 80% para utilização em áreas críticas, clínica médica, cirúrgica adulto e pediatria. Rogenski e Kurcgant (2012) afirmam que os protocolos de prevenção são ferramentas fundamentais e de impacto no controle da incidência de úlcera por pressão, quando utilizados sistematicamente.

Outros procedimentos ou dispositivos importantes para a atenção domiciliar como traqueostomia (TQT), hemodiálise (HMDL), sonda vesical de alívio (SVA) e sonda vesical de demora (SVD) não se modificaram significativamente no transcorrer da internação domiciliar, permanecendo em baixa prevalência na amostra: 9%, 1%, 6% e 13% respectivamente. O mesmo padrão de distribuição de tipo de dieta também não sofreu modificações detectáveis no transcorrer da internação domiciliar.

Essa situação de manutenção ou pouca variação dos padrões encontrados na admissão pode significar estabilidade clínica, mas por outro lado, ser interpretado como pouca melhora. Sendo assim, algumas particularidades são merecedoras de comentários:

1º) São raros os pacientes da internação domiciliar que se vêem livres da traqueostomia, que é um orifício artificial, criado cirurgicamente na região anterior do pescoço para acesso direto à traquéia, com o objetivo de garantir uma via para a respiração. Uma vez instalada, o que frequentemente ocorre nos pacientes de média complexidade é a substituição de cânulas de plástico rígido por cânulas metálicas de mais fácil manejo e higienização;

2º) Indivíduo que foi encaminhado para a internação domiciliar com necessidade de hemodiálise, tende a necessitar desse procedimento enquanto viver, por tratar-se de insuficiência renal crônica;

3º) A sonda vesical de alívio é utilizada esporadicamente, geralmente em situações de coleta de urina para exame, com técnica asséptica para evitar contaminação quer do material a ser analisado, quer do paciente. É também usada nos casos de bexiga neurogênica que é uma disfunção da bexiga urinária devido a doença do sistema nervoso central ou nervos periféricos envolvidos no controle da micção. Não é raro, na demanda do NRAD, pacientes com essa disfunção;

4º) Sonda vesical de demora é utilizada temporariamente ou de forma definitiva para garantir via pérvia para eliminação da urina. Uma vez sanado o motivo que levou à necessidade de sua utilização, ela é retirada;

5º) Torna-se cada vez menos frequente receber paciente com sonda nasogástrica, que é um dispositivo, geralmente de uso temporário, com a finalidade de manter uma via para oferta de alimento, reduzindo alguns riscos como engasgos, refluxos, e outros; 6º) A sonda nasoenteral, menos desconfortável que a nasogástrica por ser confeccionada com material bem mais flexível e diâmetro bastante reduzido, tem a mesma finalidade da anterior e é utilizada quando ocorrerem restrições para a ingestão via oral em condição de cronicidade;

7º) A gastrostomia chega em substituição à sonda nasoenteral nos pacientes crônicos com disfuncionalidades. Com o protocolo de desospitalização, o paciente que tiver indicação para essa via alimentar, tende a chegar ao NRAD já gastrostomizado, situação que não ocorria tempos atrás, gerando transtornos para agendamento cirúrgico bem como para o deslocamento do paciente de casa para ala hospitalar, com consequente ocupação de um leito nesse estabelecimento. Vale ressaltar que esses pacientes sondagastrostomiadependentes são cadastrados no Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED) da SES/DF, encarregado de lhes assegurar o fornecimento da dieta enteral, e ficam sob cuidados da nutricionista do NRAD.

No transcorrer da internação domiciliar, o número de reospitalizações é uma informação importante a ser registrada em prontuário. Neste estudo foi observada uma perda de 3% desta informação. Levando-se em conta as perdas, 34% dos usuários desta amostra não sofreram reospitalização. Os demais 63% de usuários da internação domiciliar foram reospitalizados de uma a três vezes.

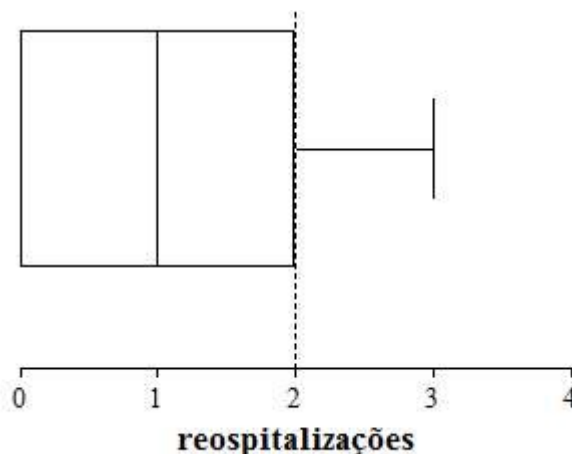


Figura 15. Box-plot da distribuição do número de reospitalizações dos usuários da internação domiciliar.

A Figura 15 mostra que a maioria dos usuários, incluindo os usuários que não foram reospitalizados, o fizeram de zero a duas vezes. O segmento tracejado mostra a quantidade de reospitalizações até a qual 3/4 dos sujeitos tinham registro em seus prontuários. Somente um terço da amostra foi reospitalizado por três vezes. Para os 37 usuários da internação domiciliar, dentre os principais motivos de reospitalização encontram-se a pneumonia (PNM) configurando 41% dos casos, seguida pela infecção de trato urinário (ITU) em 21% dos casos e pelos casos que necessitaram de gastrostomia (GTT) em 10% dos casos. Os demais motivos juntos totalizaram 28%. Análise apresentada por Barros (2012) mostra que doenças infecciosas estavam presentes em 40,49% dos casos internados no NRAD Sobradinho, no período do estudo daquele serviço, e de um total de 431 óbitos registrados, 40,60% foram de pacientes que apresentaram alguma DI durante o acompanhamento domiciliar. No NRAD Ceilândia, o presente estudo não se ateve à investigação de DI no transcorrer da internação domiciliar ou como causa dos óbitos ocorridos. Entretanto, como apresentado, predominaram a PNM e ITU como causas principais das reospitalizações. Na prática clínica é frequente esse tipo de intercorrência, seja pelo próprio processo de envelhecimento, pela restrição do paciente ao leito com conseqüente imobilidade ou pela necessidade de realizar processos invasivos como sondagens, por exemplo. A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das principais causas de internação, particularmente entre pacientes idosos, e uma das principais causas de morte entre os pacientes hospitalizados no Brasil (Conterno, Moraes & Silva Filho, 2011). O desfecho clínico dessa alta incidência é tempo/terapêutica adequada dependente. O diagnóstico da maioria das PNM é feito com base em sinais e sintomas (febre, dificuldade respiratória, tosse, comprometimento do estado geral, ausculta pulmonar alterada), que são identificados com uma abordagem clínica adequada. Sendo assim, em casos menos graves, os pacientes do NRAD com diagnóstico clínico de PNM são tratados sem necessitar

de reospitalização. Caso tal conduta seja adotada, é necessário monitoramento rigoroso. Vale ressaltar que o calendário vacinal do idoso, incluindo a vacina contra influenza (vacina da gripe), deve estar atualizado, mesmo na condição de acamado, salvo contra indicações, devendo ser essa vigilância feita pela EMAD.

Em relação às ITU, percebe-se maior incidência nas mulheres por particularidades de seu aparelho urinário que facilita contaminações. O tratamento muitas das vezes é feito no domicílio, entretanto, sempre subsidiado por exames complementares, incluindo urocultura e antibiograma na tentativa de detecção do agente causador e para nortear a opção terapêutica prevenindo resistência antimicrobiana.

### **5.8 Descrição da alta da internação domiciliar**

Para a amostra estudada foi observado que apenas 6% permaneciam ativos no serviço de internação domiciliar (Tabela 8). Considerando as perdas de 2% para a informação de motivo de alta, observou-se que a grande maioria dos usuários internados no período recebeu alta do serviço (91%).

A Tabela 8 ordenou os motivos de alta em ordem decrescente, sendo possível observar que o principal motivo de alta foi óbito (69%), seguido por usuários que tiveram boa evolução e não possuíam mais critérios para permanecerem no programa de internação domiciliar (20%) e por uns poucos usuários (2%) que foram transferidos para outros NRAD. A presente pesquisa avaliou os motivos que levaram o paciente a ser desligado dos cuidados do NRAD Ceilândia, mas não investigou a causa mortis, o que poderia ser levantado em estudos futuros, uma vez que o óbito foi o motivo majoritário de alta da internação domiciliar no quadriênio estudado. Como já citado, situações de emergência não são da esfera de atuação do NRAD o que favorece indiretamente a não participação da equipe no momento do óbito, principalmente se este ocorrer em finais de semana, feriados e período noturno. Vale ressaltar que o trabalho da equipe da internação domiciliar é feito em plantões diurnos de 12 horas, de segunda a sábado, respeitando o calendário do GDF. Barros (2012) constatou que na internação domiciliar em Sobradinho, 30,7% de todos os pacientes tiveram alta do programa por melhora clínica. Desses que receberam alta, 35,12% eram portadores de AVE. A taxa de alta por melhora clínica é indicador de qualidade do serviço.

Tabela 9  
*Casuística dos motivos de alta do serviço de internação domiciliar*

| Motivos de Alta                          | n  | %    |
|------------------------------------------|----|------|
| Óbito                                    | 59 | 69%  |
| sem critérios para internação domiciliar | 17 | 20%  |
| transferência de NRAD                    | 2  | 2%   |
| Perdas                                   | 2  | 2%   |
| Ativos                                   | 6  | 7%   |
| Amostra                                  | 86 | 100% |

Quatro dos seis usuários ainda ativos no serviço de atenção domiciliar (66%) foram admitidos entre os anos de 2012 e 2013, sendo os dois restantes (34%), ainda usuários que foram admitidos no ano de implantação do serviço (2009).

A distribuição das altas do serviço de internação domiciliar no período de quatro anos do estudo mostrou-se regular: 18 altas no Ano 1 (maio de 2009 a abril de 2010), 27 altas no Ano 2 (maio de 2010 a abril de 2011), 14 altas no Ano 3 (maio de 2011 a abril de 2012) e 21 altas no Ano 4 (maio de 2012 a maio de 2013). Embora tenha sido um quantitativo significativo de altas concedidas, seguramente podemos afirmar que esses números foram menores do que a demanda reprimida, não levantada na pesquisa desse quadriênio, mas que em estudos futuros poderá ser investigada, visto que o NRAD Ceilândia é detentor dessas informações. O processo de desospitalização que passou a vigorar em 2013, bem como a utilização do software SOS desospitalização a partir do mesmo ano, deverá contribuir para essa regulação.

Os usuários sequelados de AVC do PID perfizeram um tempo de permanência mínimo de nove e máximo de 1200 dias em internação domiciliar, que das informações, representou um tempo médio de  $348 \pm 340$  dias de internação domiciliar para os pacientes que receberam alta no período estudado.

A Figura 16 mostra que, com exceção do Ano 3, observou-se uma predominância de altas por óbito. No Ano 3, entretanto, a porcentagem de altas por óbito igualou-se à porcentagem de altas por boa evolução, onde o usuário deixou de ter critérios para a permanência no programa de internação domiciliar. Somente no Ano 4 foram observadas transferências entre NRAD. Somente no Ano 2 foi observada perda de informação sobre motivo de alta. Somando-se a quantidade de altas por óbito, observa-se que a taxa de mortalidade, presente no serviço de internação domiciliar, é de 68%. A perda de informações no quesito motivos da alta foi pequena, quando comparada a outras perdas já evidenciadas nos resultados desse estudo, mas o ideal seria que elas não tivessem existido.

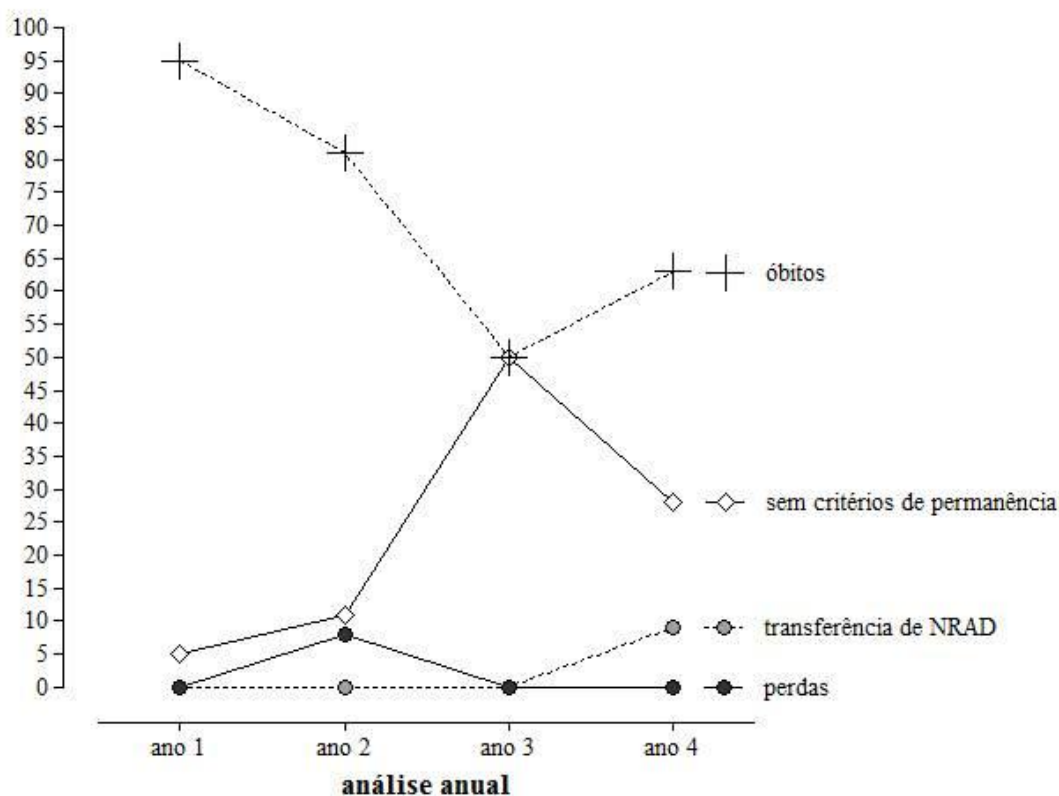


Figura 16. Evolução anual do contingente de usuários que receberam alta.

As taxas de mortalidade e de alta para a modalidade de internação domiciliar são indicadores mínimos de acompanhamento, monitoramento e avaliação do programa, de acordo com a Portaria nº 2.529/MS (Brasil, 2006) e RDC nº 11/ANVISA (Brasil, 2012). Os resultados acima citados destacam o Ano 3 que teve essas duas taxas iguais, o que pode sugerir ter sido esse um período de maior estabilidade do serviço, em relação aos outros anos contemplados nesse estudo. Não foi apontado nessa pesquisa se o óbito foi em ambiente hospitalar ou no domicílio, por falta de dados suficientes para a análise. Entretanto, na rotina do serviço é possível perceber que muitas das rehospitalizações são sem volta. Considerando a diversidade cultural é sempre oportuno que a equipe construa gradativamente com a família, cuidador e quando possível com o próprio paciente, no transcorrer da internação domiciliar, a possibilidade do óbito ser em casa, principalmente quando o prognóstico é reservado.

Dentre os critérios de inclusão para a internação domiciliar está o residir em área de acordo com o território sanitário constante no Plano Diretor de Regionalização 2005 do DF. Sendo assim, pacientes cadastrados que deixem de morar em Ceilândia são transferidos para o NRAD da regional de saúde do novo endereço, em se tratando de DF, ou para outras localidades. Essas situações não são frequentes, como apontam os resultados, e na prática pode ser observado que tais

alterações se dão em função da mudança de cuidador, ou seja, era um (a) filho(a) que cuidava e passa a ser outro que reside noutro lugar.

No momento da alta do serviço de internação domiciliar, a maioria dos sujeitos estava sem úlcera de pressão (36%), considerando uma perda de 22% desta informação nos prontuários. Dos usuários com úlcera, 10% apresentavam UP única e 32% UP múltipla.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do NRAD Ceilândia, por sua própria dinâmica, favorece à equipe a percepção geral das características da população assistida. Tal percepção é facilitada pelas várias visitas domiciliares multiprofissionais, que são realizadas a um mesmo paciente e por conseguinte ao seu cuidador e contexto familiar. Além disso, a existência de um mapeamento esmerado desse núcleo para alicerçar a implantação do processo de desospitalização (Alencar, 2013), possibilitou uma visão geral de características sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida pelo PID na Regional de Saúde de Ceilândia.

A presente dissertação contribui, ao selecionar dentro do complexo universo desse NRAD, dados que caracterizam a assistência específica oferecida aos pacientes sobreviventes de acidente vascular cerebral admitidos no Programa de Internação Domiciliar, descrevendo seu perfil e o perfil dos seus cuidadores no período de maio de 2009 a maio de 2013. Gerenciar a simultaneidade dos papéis de profissional de saúde e de pesquisadora, nesse estudo, não deixando que o primeiro interferisse no segundo, foi um grande desafio.

Desconsiderando a perda de informação, comum aos trabalhos que utilizam fontes secundárias, e que constitui uma das limitações neste tipo de pesquisa, no período de maio de 2009 a maio de 2013 a equipe multiprofissional do NRAD Ceilândia prestou assistência direta e indireta, dentre os admitidos no período, a uma população de 86 pacientes sequelados de AVC, com 54 desses, admitidos nos 12 primeiros meses de existência do Núcleo.

No período estudado, os sujeitos admitidos no programa de internação domiciliar e/ou seus cuidadores, receberam um total de 2075 atendimentos diretos, média de  $24 \pm 27$  atendimentos por usuário, quer no domicílio quer nas dependências do NRAD. A maior parte dessa assistência foi cumprida pela equipe de enfermagem e o restante pelo médico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, odontólogo e terapeuta ocupacional na sequência decrescente da atuação.

Registros em prontuário, emissão de receitas, monitoramento por telefone, elaboração de relatórios, encaminhamentos para referências, organização e entrega de material, dentre outros, não foram aí contabilizados. Merece citação a diversidade dos atos da enfermagem, considerados nesse total como realização de consultas, instalação de cateteres, troca de sondas ou de cânulas, curativos nas UP e outros, da alçada dos enfermeiros, bem como o trabalho dos técnicos de enfermagem com visitas, coleta de material para exames laboratoriais, orientação a pacientes e cuidadores, supervisão de cuidados gerais ao paciente, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais e outros, configurando a relevância da participação dessas duas categorias na atenção ao sujeito cuidado em domicílio.

Nem todos os 86 pacientes foram encaminhados por profissional da saúde para o serviço de internação domiciliar. Vale lembrar que o período estudado não contava com o protocolo de

desospitalização. Mesmo assim foi possível detectar que a maioria dos encaminhamentos foi feita por médico, mas grande porcentagem dos pacientes chegou ao NRAD sem encaminhamento e não foi possível identificar as fontes informadoras pelo excesso de perda de informação.

Esses usuários tinham de 31 a 97 anos, perfazendo média de idade de  $75,1 \pm 14,4$  anos. Eram procedentes de 16 estados brasileiros, principalmente de Minas Gerais, Bahia, Ceará, Paraíba e Piauí. A maior parte deles composta por casados, católicos, aposentados e com predominância feminina nessa demanda.

A maioria desses pacientes eram documentados com registro geral expedido no DF, mesmo que após os 55 anos de idade, fato que causa curiosidade. Todos residiam em Ceilândia em casa de alvenaria e estavam acomodados em quarto individual, sendo a maioria das residências, próprias, com cozinha e instalação sanitária internas, com quintal e tendo fornecimento e tratamento de água, esgoto e coleta de lixo garantidos pelos serviços públicos de saneamento básico e controle ambiental.

As médias de cômodos por moradia, famílias por lote e moradores por família encontradas, foram de 2,2; 1,8 e 4,4 respectivamente. Os familiares que mais apareceram no levantamento coabitando o domicílio do usuário foram cônjuge, filhos, netos, genro e nora. Dentre eles, a filha foi a mais prevalente, seguida pelo cônjuge, com média de idade de  $42,3 \pm 14,5$  e  $66,7 \pm 15,5$  anos respectivamente.

Quanto ao perfil clínico dos sequelados de AVC o estudo mostrou, também desconsiderando as perdas de informação, que no momento da admissão na internação domiciliar, dos 86 pacientes, 55 possuíam úlceras de pressão estando a maioria deles com UP múltiplas e de graus 2 e 3. Além disso, no momento da alta do serviço, a maioria dos sujeitos não apresentava lesão e dos que permaneceram com tal agravo tinham em sua maioria UP múltiplas.

Baixa prevalência do uso de traqueostomia (TQT), hemodiálise (HMDL), sonda vesical de alívio (SVA) e sonda vesical de demora (SVD), mas significativo uso de sonda nasoenteral (SNE), foram características que não se modificaram no transcorrer da internação domiciliar.

Uma limitação desse estudo, adicional à perda de informações que não constavam em prontuário, foi a não avaliação dos hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares do paciente antes do adoecimento, avaliação esta que poderia ter sido esclarecedora na discussão do comportamento de certas variáveis.

Esses pacientes contaram com o apoio de cuidadores principais, em sua grande maioria parentes, principalmente filhas, casadas e em sua maior parte com nível médio de escolaridade, média de idade de  $46,5 \pm 12,7$ , procedentes de 14 estados brasileiros com prevalência do Distrito Federal e Minas Gerais, porém, em sua maioria provenientes dos estados da região Nordeste. Estes cuidadores principais foram documentados com RG expedido no DF, a partir dos 20 anos de idade.

Quando existiram segundos cuidadores, as informações sobre eles estavam minimamente presentes nos prontuários, o que caracterizou uma grande perda. Entretanto, foi possível detectar uma maior tendência de segundos cuidadores que eram filhos do paciente, e majoritariamente do sexo feminino.

Em 84 dos 86 sequelados de AVC, os cuidadores principais os acompanharam até a alta do serviço de atenção domiciliar, e 55 desses participaram de pelo menos uma, das 13 reuniões de cuidadores promovidas pelo NRAD no quadriênio da pesquisa, enquanto no grupo de segundos cuidadores, apenas uma minoria esteve presente em uma dessas reuniões.

O tempo médio de internação foi de  $348 \pm 340$  dias de internação domiciliar para os pacientes que receberam alta no período estudado. Se considerarmos o período mínimo (nove dias) e o máximo (1200 dias), temos que levar em conta a repercussão diferenciada que representa ser o cuidador por uma semana ou por quase quatro anos.

Apenas seis dos 86 pacientes permaneciam no registro ativo do NRAD Ceilândia, sendo dois deles com admissão datada do ano de implantação do serviço e os outros quatro admitidos entre os anos de 2012 e 2013. Poucos foram os casos de transferências entre NRAD. A grande maioria dos usuários internados no período recebeu alta do serviço principalmente por óbito (taxa de mortalidade de 68%), não sendo possível saber o local do óbito, se domiciliar ou hospitalar.

Foi possível observar também alta por boa evolução, cujos pacientes deixaram de preencher os critérios para permanência no programa de internação domiciliar. O período de maio de 2011 a abril de 2012 teve destaque por mostrar altas por óbito iguais à porcentagem de altas por boa evolução.

A rehospitalização de uma a três vezes, ocorreu para a maioria dos usuários sendo a pneumonia (PNM) o principal motivo, seguida pela infecção de trato urinário (ITU) e pelos casos que necessitaram de implantação ou de substituição do dispositivo da gastrostomia (GTT).

Esses resultados mostram, mesmo que parcialmente, a caracterização do programa desenvolvido pelos profissionais do NRAD Ceilândia aos pacientes e cuidadores; o perfil clínico dos pacientes, e perfil sociodemográfico de pacientes, cuidadores principais e segundos cuidadores, além das demandas estabelecidas por eles, significando um relativo alcance dos objetivos da pesquisa, limitada pela ausência de registros nos prontuários.

De posse desses perfis, o NRAD Ceilândia poderá melhor estruturar seu processo de trabalho com vistas a aprimorar a atenção dispensada à internação domiciliar. Tal implementação poderá ser focada em quatro eixos: 1) ampliação do olhar profissional para além do modelo biomédico; 2) ênfase na melhora da capacidade funcional dos pacientes, mas também na prevenção dos agravos inerentes à essa condição de limitação; 3) cuidado ao cuidador e 4) maior inserção no sistema de rede de serviços.

Para avançar nesse sentido, a estratégia magna deve ser o investimento em ações formativas para pacientes, usuários, estudantes e profissionais de saúde, acreditando na ação educativa como condição para a transformação necessária. Por meio desse recurso, num processo de construção e muitas vezes de desconstrução, pode-se vislumbrar uma modificação do panorama da saúde pública no Brasil, que vive nos dias atuais uma situação complexa de uso dos recursos, impondo grande demanda aos profissionais e dificuldade de acesso ao usuário do SUS.

Fato é, que a adoção do modelo biopsicosocial de atenção à saúde não se dá instantaneamente ou por determinação, mas tem início na opção da reorientação do foco na doença, para a saúde do indivíduo em seu contexto familiar, comunitário e social, tudo isso pautado no envolvimento de novos atores, sejam eles acadêmicos das várias áreas da saúde, sejam eles os cuidadores ou familiares de pacientes.

Reverter a situação de desintegração das áreas formadoras dos profissionais de saúde, visando a integralidade, e adequar o ensino à diversidade socio-econômica-ambiental-cultural com desigualdades bem definidas, são desafios para o ensino na saúde. A responsabilidade do indivíduo sobre os meios de padecimento e de controle de sua doença, constitui-se como um dos pilares da promoção de saúde, através da qual ele se torna capaz de modificar esses meios em favor de sua saúde e do seu próprio bem-estar.

A construção dessa ação pela saúde evidencia o papel social do profissional dessa área, que estará contribuindo para o fortalecimento do papel da sociedade para que a saúde seja um bem social, sustentado nos princípios da cidadania, universalidade e da equidade, como propôs o Ministério da Saúde no Brasil em 1988, quando da criação do SUS e como indicou a Cúpula das Nações Unidas no ano de 2000, quando estabeleceu metas de desenvolvimento do Milênio.

No caso da internação domiciliar a equipe tem a importante atribuição de capacitar os familiares e/ou cuidadores para realização dos cuidados, respeitando limites e potencialidades por meio da identificação de necessidades, orientação, demonstração e treinamento de procedimentos técnicos. Tal objetivo caracteriza o processo formador em curso e o melhor cenário para exercê-lo: o domicílio do usuário. O princípio da estruturação de multiplicadores dessa nova maneira de entender o indivíduo, bem como a conscientização dos futuros profissionais do seu papel social nesse contexto, pode contribuir para ações de integralidade do cuidado.

Quando o usuário é uma pessoa com deficiências secundárias ao AVC, a qualidade da atenção à saúde a ele prestada perpassa por dois polos de ações preventivas. Um desses polos é a atuação da equipe multiprofissional voltada para a manutenção da estabilidade clínica, melhora da capacidade funcional e prevenção de doenças. Outro foco deverá estar na prevenção dos agravos consequentes às doenças crônicas e/ou na piora desses agravos.

A parceria universidade/serviços de saúde deve ser incentivada. A participação supervisionada de aprendizes poderá contribuir muito para a qualificação da assistência.

Usualmente, estudantes são motivadores da equipe para o cumprimento de protocolos pré-estabelecidos, pautados em evidências, estão menos contaminados por rotinas estabelecidas, tendem a ser exemplos de usuários de melhores hábitos de vida do que os mais velhos, são observadores, questionadores e anseiam por atividades práticas. Ações devem ser planejadas para que o registro em prontuário e o preenchimento dos formulários sejam entendidos como parte do cuidado oferecido. A importância do prontuário para ensino, pesquisa, elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para avaliação da qualidade de assistência prestada não pode ser ignorada pela equipe.

A consideração dos aspectos biopsicossociais é um processo em construção e quanto mais for feita, mais tenderá a se consolidar. Utilizar o genograma e o ecomapa como instrumentos para o processo de trabalho do NRAD, poderia facilitar o entendimento da dinâmica e estrutura familiar do paciente, o que contribuiria para a elaboração de um planejamento estratégico mais fidedigno.

Como as úlceras de pressão representaram um sério problema dos pacientes estudados, sugiro que seja adotada a Escala de Braden para monitoramento e prevenção das mesmas.

Também a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta clínica e pedagógica, poderia ser instituída, uma vez que ela oferece uma visão coerente das diferentes dimensões de saúde sob a perspectiva biológica, individual e social.

Ao implantar o projeto Cuidando do Cuidador, o NRAD Ceilândia evidenciou compromisso com esse elemento integrante da equipe da internação domiciliar. A manutenção das reuniões de cuidadores e o apoio dado à criação e sustentação da Associação de Cuidadores foram passos decisivos para o fortalecimento desse grupo.

As características sociodemográficas já identificadas no presente estudo, somadas a uma investigação imediata de itens que são inerentes à atenção básica como alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, imagem corporal, saúde bucal, comportamento sexual, violências e rede de proteção e medidas antropométricas dos cuidadores, poderão subsidiar a continuidade dos cuidados ao cuidador para intervenções, no sentido de detecção e prevenção de doenças, mas acima de tudo para orientações sobre qualidade de vida e sua importância.

Além disso, torna-se urgente a adoção de medidas que possam reduzir a sobrecarga de trabalho e responsabilidade do cuidador. Cabe ao Governo o estabelecimento de ações que capacitem cuidadores formais, além de contratações desses profissionais de forma a dividir com a família o ônus da internação domiciliar. Apesar da ocupação de cuidador integrar a CBO, além do Senado Federal ter aprovado em caráter terminativo, o projeto que regulamenta a profissão de cuidador de pessoa idosa, o reconhecimento de um cuidador que pudesse ser intitulado Agente de Saúde Domiciliar (ASD), seria um avanço em direção à efetividade do Programa de Internação

Domiciliar. Esse profissional estaria para o PID como está o Agente Comunitário de Saúde para o PSF e o Agente Indígena de Saúde (AIS) e o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) estão para a Saúde dos Povos Indígenas.

A proposta de uma maior inserção no sistema de rede de serviços justifica-se pelo fato de que, o incremento das iniciativas de prevenção e controle das principais doenças crônicas não transmissíveis deve ser uma prioridade. A integralidade e intersetorialidade são fundamentais para a abordagem dessas moléstias, em sua grande maioria resultantes de maus hábitos e que tanto comprometem a sobrevivência com qualidade de vida.

A ESF está posta como modelo importante para novas práticas de abordagem do contexto de vida do cidadão, indo além do processo saúde-doença. Seu fortalecimento depende não apenas da garantia de presença de uma ou mais categorias profissionais junto à comunidade, mas principalmente, do compromisso, atitude e convicção com que essas categorias atuam em parceria com os usuários, facilitando a participação desses como protagonistas da saúde.

A credibilidade e respeito a essa estratégia de atenção por parte dos governantes, da própria comunidade científica, mormente aquela que se distanciou da atenção básica, de parceiros atuais ou futuros e principalmente da comunidade assistida, está na dependência de posturas e condutas profissionais individuais e da equipe de trabalho.

Também o PSE, pode ser uma alternativa bastante eficaz para prevenir doenças que surgem na infância e na adolescência e progridem para a vida adulta. O monitoramento da qualidade da merenda escolar é parte do enfoque preventivo para essas crianças e adolescentes, além do incentivo à realização de atividades físicas e orientações sobre autocuidado.

Outro elemento que merece reconhecimento, como parte da rede de serviços e apoio, é a Educação para Jovens e Adultos (EJA). Apesar de avanços no combate ao analfabetismo, persiste o desafio de melhorar o ensino fundamental, mantenedor permanente das demandas para a EJA, além de não raramente entregar para a vida cada vez mais competitiva, analfabetos funcionais que terão comprometidas suas realizações, e tenderão a se instalar às margens do mercado de trabalho.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem merecido destaque no manejo aos usuários de álcool e drogas tão maléficas à integridade do ser humano. A retirada do cidadão desse universo paralelo é uma eficaz medida preventiva para as incapacidades funcionais consequentes à violência, acidentes de trânsito e outros.

A vivência como membro da equipe do NRAD permite algumas reflexões, ainda que não tenham sido foco dessa investigação. Um ponto positivo é que essa equipe, outrora composta por poucos profissionais, nos dias atuais, está ampliada em número, categorias de servidores e carga horária mais aproximada daquela estabelecida no projeto de implantação dessa modalidade de assistência. Outra conquista foi a implantação do protocolo de desospitalização, bem como a utilização de software para auxílio nesse processo.

Entretanto, decorridos pelo menos quatro anos do início das atividades, o NRAD vive algumas dificuldades. A ausência de psicólogo na composição da equipe deixa uma lacuna, que nem a multiplicidade de categorias, nem a interdisciplinaridade consegue preencher, incorrendo em deficiência dessa cobertura de assistência, tão necessária à clientela do NRAD. A já citada frequente ocorrência de estados depressivos em pacientes sequelados de AVC, a sobrecarga emocional dos cuidadores e familiares além da responsabilidade ampliada da própria equipe, são justificativas suficientes para inclusão imediata de psicólogo no quadro profissional desse serviço. O gozo dos direitos trabalhistas como férias, abonos, folgas, licenças médicas, compromete o processo de trabalho uma vez que não há duplicidade de profissionais na maioria das categorias. Além disso, o Núcleo permanece com espaço físico aquém do necessário; com frequentes faltas de materiais e insumos para assistir ao paciente, inclusive a dieta enteral; com frequentes problemas no que tange a transporte; com utilização de prontuário físico para registro das avaliações/relatos dos profissionais; com responsabilidade pelo POD que tem peculiaridades distintas do PID; sobrecarregado pelo volume de pacientes favorecendo a existência de demanda reprimida.

Merece destaque o fato dessa equipe multiprofissional não receber incentivo financeiro do tipo gratificação, embora desenvolva atividades da atenção básica, com cuidado no domicílio, em condições especiais de trabalho, semelhantes às desenvolvidas pelas equipes de PSF e Centros de Saúde, que recebem a gratificação de ações básicas de saúde (GAB) e gratificação por condições especiais de trabalho (GCET). Tal situação de desigualdade gera na equipe, desmotivação e sentimento de desvalorização.

Para concluir, cabe destacar que a equipe do NRAD é equipe única para uma população de mais de 400.000 habitantes, que corresponde a quatro vezes mais do que o estabelecido na Portaria nº 963 de 27/05/2013 (Brasil, 2013). Essa equipe trabalha com uma demanda majoritária de pacientes sequelados de AVC, com grau de incapacidade não identificado, por ausência de registros nos prontuários avaliados, entretanto é sabido que utiliza as escalas da Cruz Vermelha Espanhola e mais recentemente a Escala de Cascavel para realizar essa classificação.

Lida com pacientes traqueostomizados, sondados, gastrostomizados e com UP. Tem o cuidador como parceiro para a prestação de cuidados ao paciente. Realiza reuniões com esses parceiros para fortalecimento dos mesmos enquanto grupo, bem como para as atividades de educação em saúde que também são feitas individualmente.

Admite, acolhe, cuida, rehospitaliza, concede alta, transfere, encaminha e vivencia a finitude do paciente. Convive, ensina, aprende, conforta, dá e recebe suporte do cuidador e dos familiares. Capacita e interage com estudantes de várias áreas da saúde, reafirmando o SUS como campo de ensino e fortalecendo parcerias com as Instituições formadoras. Se estrutura gradativamente enquanto grupo de trabalho diferenciado, que vai ganhando corpo e conquistando reconhecimento.

Essa mesma equipe exercita no dia a dia o desafio da convivência estreita entre colegas de trabalho, imputada pela carga horária de 40 horas semanais da maioria das categorias envolvidas, bem como pela especificidade da atuação multiprofissional que exige atenção a regras básicas de convivência, primando pelo respeito e tolerância, princípios esses nem sempre observados e cumpridos com facilidade.

Ainda que não tenha sido objeto do estudo, pode-se identificar pela qualidade dos registros dos profissionais, a apropriação gradativa da interdisciplinaridade da equipe, que é um processo continuado do desenvolvimento do indivíduo nesse universo de saberes, oportunidade proporcionada pelo trabalho em equipe. Tal constatação é um elo importante no caminho para a integralidade do cuidado.



## REFERÊNCIAS

- Alencar, V. A. (2013). *Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Alfradique, M. E., Bonolo, P. F., Dourado I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., Oliveira, B. V., Sampaio, L. F. R., Simoni, C. D., & Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1337-1349.
- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Caderno de Saúde Pública*, 26(12), 2234-2249.
- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: EACH/USP.
- Amaral, N. N., Cunha, M. C. B., Labronici, R. H. D. D., Oliveira, A. S. B., & Gabbai, A. A. (2001). Assistência domiciliar à saúde (*Home Health Care*): sua história e relevância para o atual Sistema de Saúde. *Revista de Neurociência*, 9(3), 111-117.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrade, L. M., Costa, M. F. M., Caetano, J. A., Soares, E., & Beserra, E. P. (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(1), 37-43.
- Araújo, C. A. D. (2013). Uma análise sociodemográfica dos cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Bagshaw, S. M., Webb, S. A. R., Delaney, A., George, C., Pilcher, D., Hart, G. K., & Bellomo, R. (2009). Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Crit Care*, 13(2). doi:10.1186/cc7768
- Barros, L. N. (2012). *Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Bochi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(1), 115-21.

- Born, T. (2006). *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. Seminário Velhice Fragilizada. São Paulo: SESCSP. Recuperado de <http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf>
- Brasil, A. C. O. (2013). Promoção da saúde e funcionalidade humana. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 26(1), 1-4.
- Brasil. (1964). *Lei 4.545 de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (2006a). *Portaria 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006b). *Caderno de Atenção Básica Nº 14 Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2011a). *Cadernos HumanizaSUS - volume 3*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). *Departamento de análise de situação de saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Proposta de Emenda à Constituição 66/2012*. Senado Federal, Brasília, DF: Poder Legislativo.
- Brasil. (2013a). *Portaria 963 de 27/05/13. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013b). *Manual Instrutivo Melhor em Casa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013c). *Manual Instrutivo para Adesão dos Hospitais do S.O.S Emergências ao Programa Melhor em Casa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013d). *Revista Ministério da Saúde e Municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013e). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Básicas (DAB). Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Competência: julho de 2013. Recuperado em: 15/março/2014 de [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- Brasil. (2013f). *Portaria nº. 1.208, de 18 de junho de 2013, Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2013g). *Portaria nº. 1505, de 24 de Julho de 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013h). *Portaria nº. 1.208, de 18 de junho de 2013, Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013i). *Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasília. (2008a). *Projeto de implantação do programa de internação domiciliar do DF*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Brasília. (2008b). *Resolução nº 56 de 12 de Novembro de 2008. Formalização do Programa de Internação Domiciliar no DF*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Caetano, F. T. B. (2012). *Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Caldeira, A. P., Fernandes, V. B. L., Fonseca, W. P., & Faria, A. A. (2011). Internações pediátricas por condições sensíveis a atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(1), 61-71.
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Mello, J. L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? Em: A. A. Camarano (org.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* (pp. 25-59). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(2), 231-254. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v6i2p231-254.
- Camargos, A. C. R., Lacerda, T. T. B. D., Viana, S. O., Pinto, L. R. A., & Fonseca, M. L. S. (2009). Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(1), 31-37. doi: 10.1590/S1519-38292009000100004.
- Camargos, M. C. S., Machado, C. J., & Rodrigues, R. N. (2008). Expectativa de vida para idosos brasileiros em 2003, segundo diferentes níveis de incapacidade funcional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 845-852. doi: 0.1590/S0102-311X2008000400015.
- Camargos, M. C. S., Rodrigues, R. N., & Machado, C. J. (2011). Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 28(1), 217-230.

- Carneiro, V. L., & França, L. H. F. P., (2011). Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 647-662. doi: 10.1590/S1809-98232011000400005
- Carotta, F., Kawamura, D., & Salazar, J. (2009). Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade USP*, 18(supl.1), 48-51. doi:10.1590/S0104-12902009000500008
- Carvalho, A. C. L., Oliveira, L. S. A. F., Melo, D. P., Crusoé-Rebello, I., & Campos, P. S. F. (2010) Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9(supl.1), 73-77.
- Castro, J. A. B, Epstein, M. G., & Sabino, G. B. (2009). Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 171-173.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Chaves, M. M. (1977). Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. *Revista de Administração Pública*, 11(3), 68-80.
- Chayamiti, E. M. P. C., & Caliri, M. H. L. (2010). Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(1), 29-34. doi: 10.1590/S0103-21002010000100005.
- Clark, N. M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24, 289-313.
- Coelho, V. L. D. & Diniz, G. R. S. (2005). Da solidão à solidariedade: grupos de familiares de idosos com demência. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 177-199). Rio de Janeiro: PUC.
- Conterno, L. O., Moraes, F. Y., & Silva Filho, C. R. (2011). Implementação de uma diretriz para pneumonia adquirida na comunidade em um hospital público no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(2), 152-159. doi: 10.1590/S1806-37132011000200004.
- Cordeiro, H. A., Koifman, R., Neves, J. R. M., Oliveira, C. M., Goulart, M.V., Lazzaro, N., & Landmann, J. (1977). Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: I – Etapa diagnóstica. *Revista de Saúde Pública*, 11(1),119-133.
- Cornélio, G. F. (2010). Caracterização da educação em saúde dos cuidadores formais em instituições de longa permanência para idosos de Botucatu-SP. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Crozeta, K. (2013). *Validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão no Brasil*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

- Dal Ben, L. W., & Gaidiznski, R. R. (2006). Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 100-108.
- Duarte, Y. A. O. (2006). O cuidador no cenário assistencial. *O Mundo da Saúde*, 30(1), 37-44.
- Duayer, M. F. F., & Oliveira, M. A. C. (2005). Cuidados domiciliários no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. *Saúde em Debate*, 29(70), 198-209.
- Dutra, M. M., Moriguchi, E. H., Lampert, M. A., & Figueiredo, C. E. P. (2011). Validade preditiva de instrumento para identificação de idosos com risco de hospitalização. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 106-12.
- Estrella, K., Oliveira, C. E. F., Sant'Anna, A. A., & Caldas, C. P. (2009). Detecção de risco para internação hospitalar em uma população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Caderno de Saúde Pública*, 25(3), 507-512.
- Evangelista, M. S. (2013). *Limites e possibilidades de um software de apoio à gestão domiciliar para favorecer o processo de desospitalização*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Fernandes, J. M. (2010). *O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família*. Trabalho de conclusão de curso de especialização, Universidade de Minas Gerais, Araçuaí.
- Fernandes, L. M. (2000). *Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Fernandes, V. B. L., Caldeira, A. C., Faria, A. A., & Neto, J. F. R. (2009). Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 928-936.
- Ferraz, I., Norton, A., & Silveira, C. (2013). Depressão e acidente vascular cerebral: Causa ou consequência? *Arquivos de Medicina*, 27(4), 148-153.
- Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 24(3), 180-188. doi: 10.1590/S1020-49892008000900004.
- Figueiredo, D., Lima, M., & Sousa, L. (2009). Os pacientes esquecidos: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Kairós*, 12(1), 97-112.
- Fleischer, S., & Batista, M. (2013). O tempo da falta e o tempo da bonança: experiências de cronicidade na Guariroba, Ceilândia/DF. *Anuário Antropológico*, II, 195-224.
- Flesch, L. D. (2013). *Pacientes idosos e seus cuidadores : um estudo específico sobre a alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Flores, O., Sousa, M., & Merchán-Hamann, E. (2008). Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19(2), 123-136.
- Fonseca, N. R., Penna, A. F. G., & Soares, M. P. G. (2008) Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 727-743.
- Fratezi, F. R., & Gutierrez, B. A. O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3241-3248.
- Freitas, A. P., & Silva, J. F. (2013). Cuidadores formais de idosos com transtornos mentais: concepções sobre as doenças e sobre a tarefa do cuidar. *Revista Eletrônica da Reunião Anual de Ciências*, 3(1). Retirado de [www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/erac/article/view/139](http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/erac/article/view/139)
- Garbinato, L. R., Béria, J. U., Figueiredo, A. C. L. F., Raymann B., Gigante, L. P., Palazzo, L. S., & Aerts, D. R. G. C. (2007). Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 217-224. doi: 10.1590/S0102-311X2007000100023
- Gaspar, J. C., Oliveira, M. A. C., & Duayer, M. F. F. (2007). Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 616-628.
- Gindri, G., Argimon, I. I. L., & Fonseca, R. P. (2010). O cuidado após um acidente vascular cerebral: reflexões do indivíduo à saúde pública. *Revista Grifos*, 19(28), 89-105.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 137-144.
- Guerra, I. C., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2007). Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 585-92. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300017.
- Guimarães, N. A., Hirata, H. S., & Sugita, k. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Sociologia & Antropologia*, 1(1), 151-180.
- Ham, C. (2012). Evaluations and impact of disease management programmes. *Bonn: Conference of Bonn (Engl)*, 21(1), 59-66.
- Karsch, U. (1998). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Lacerda, M. R., Giacomozzi, C. M., Oliniski, S. R., & Truppel, T. C. (2006). Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 88-95.

- Levcovitz, E., & Garrido, N. G. (1996). *Saúde da Família: a procura de um modelo enunciado*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Lima, M. L. (2010). *Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Lipton, H. L. (2009). Home is where the health is: Advancing team-based care in chronic disease management. *Archives of Internal Medicine*, 169(21), 1945-1948.
- Loyola Filho, A. I., Matos, D. L., Giatti, L., Afradique, M. E., Peixoto, S. V., & Lima-Costa, M. F. (2004). Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4), 229-238.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Mendes, G. D., Miranda, S. M., & Borges, M. M. M. C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1), 408-421.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-77. doi: 10.1590/S1414-32832005000100015
- Mesquita, S. R. A. M., Anselmi, M. L., Santos, C. B., & Hayashida, M. (2005). Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 555-561.
- Miyazaki, M. Y., Caliri, M. H. L., & Santos, C. B. (2010). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1203-1211.
- Mocelin, H. T., Fisher, G. B., Ranzi, L. C., Rosa, R. D., & Philomena, M. R. (2011). Oxigenoterapia domiciliar em crianças: relato de sete anos de experiência. *Jornal de Pneumologia*, 27(3), 148-152.
- Moreira, M. L., & Dulthilh Novaes, H. M. (2011). Internações no sistema de serviços hospitalares, SUS e não SUS: Brasil 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(3), 411-422.
- Moura, B. L. A., Cunha, R. C., Aquino, R., Medina, M. G., Mota, E. L. A., Macinko, J., & Dourado, I. (2010). Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(supl.1), 583-591.
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. C. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514-517.

- Navaie-Waliser, M., Feldman, P. H., Gould, D. A., Levine, C., Kuerbis, A. N., & Donelan, K. (2001). The experiences and challenges of informal caregivers: Common themes and differences among whites, blacks, and Hispanics. *Gerontologist, 41*(6), 733-741.
- Oliveira, A. M., Lombardi, B., & Scoppetta, L. (2010). Úlceras por pressão isquiáticas com osteomielite: tratamento com isquiequitomia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 25*(1), 100-112.
- Oliveira, A. R. S., Araujo, T. L., Costa, A. G. S., Morais, H. C. C., Silva, V. M., & Lopes, M. V. O. (2013). Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47*(5), 1143-1149.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, 377*(9779), 1778-1797. Recuperado de <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>
- Patrocínio, W. P. (2011). Cuidando do cuidador. *Revista Portal de Divulgação, 17*, Recuperado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
- Pavarini, S. C. I., Mendiondo, M. S. Z., Barham, E. J., Varoto, V. A. G., & Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enfermagem, 14*(3), 398-402.
- Pereira, A. F. (2013). *Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente-assistencial Gloria-Cruzeiro-Cristal*. Trabalho de final de curso de especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Perim, G. L., Abdalla, I. G., Aguilar-da-Silva, R. H., Lampert, J. B., Stella, R. C. R., & Costa, N. M. S. C. (2009). Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica, 33*(supl. 1), 70-82. doi: 10.1590/S0100-55022009000500008.
- Perlini, N. M. O. G., & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39*(2), 154-63. doi: 10.1590/S0080-62342005000200005.
- Portella, M. R. (2010). Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13*(3), 501-506.
- Pot, A. M., Portrait, F., Visser, G., Puts, M., van Groenou, M. I. B., & Deeg, D. J. H. (2009). Utilization of acute and long-term care in the last year of life: comparison with survivors in a population-based study. *BMC Health Serv Res, 9*, 139-151.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho em equipe em reabilitação: Um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia, 43*(19), 177-187



- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212.
- Rehem, T. C. M. S. B., & Trad, L. A. B. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(Supl.), 231-242.
- Rejane, M. I., & Carleti, S. M. M. (1996). Atenção domiciliar ao paciente idoso. Em: M. Netto-Papaléo (org.) *Gerontologia*, (pp. 415-438). São Paulo: Ed. Atheneu.
- Ribas, J. D. (2011). *Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Rizzi, M., Grassi, M., Pecis, M., Andreoli, A., Taurino, A. E., Sergi, M., & Fanfulla, F. (2009). A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(3), 395-401.
- Rocha Jr, P. R., Corrente, J. E., Hattor, C. H., Oliveira, I. M., Zancheta, D., Gallo, C. G., Miguel, J. P., & Galiego, E. T. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(7), 3131-3137. doi: 10.1590/S1413-81232011000800013
- Rogenski, N. M. B., & Kurcgant, P. (2012). Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 333-339 . doi: 10.1590/S0104-11692012000200016.
- Saboia, L., & Sandoval, L. (2012). A cidade é uma só? Luta por reconhecimento na relação centro periferia em Brasília. Sessão apresentada no III Seminário Internacional Urbicentros, Salvador, BA. Resumo recuperado em <http://www.ppgau.ufba.br/urbicentros/2012/ST163.pdf>
- Sampaio, A. M. O., Rodrigues, F. N., Pereira, V. G., Rodrigues, S. M., & Dias, C. A. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 590-613.
- Santos, L. R., Leon, C. G. R. M. P., & Funghetto, S. S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(suppl.1), 855-863.
- Scalzo, P. L., Souza, E. S., Moreira, A. G., & Vieira, D. A. F. (2010). Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista de Neurociências*, 18(2),139-144.
- Scheffer, M., Klein, L. A., & Almeida, R. M. M. (2013). Reabilitação neuropsicológica em pacientes com lesão vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 31(1), 46-61.
- Schmidt, M. I., & Duncan, B. B. (2011). O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(4), 421-423.

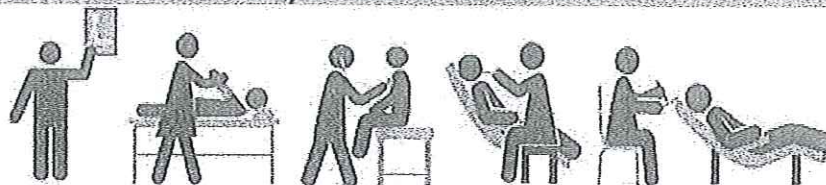
- Schnaider, T. B., Silva, J. V., & Pereira, M. A. R. (2009). Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 284-292.
- Schwonke, C. R. G. B., Silva, J. R. S., Casalinho, A. L. D'A., Santos, M. C., Vieira, F. P. (2008). Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, XII(1), 77-90.
- Serafim, A. P., & Ribeiro, R. A. B. (2011). Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. *Com Ciência Saúde*, 22(2), 163-168.
- Shyu, Y. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01519.X
- Silva, E. W. N. L., Araújo, R. A., Oliveira, E. C., & Falcão, V. T. F. L. (2010). Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(2), 175-185.
- Silva, I. R., & Gunther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 16(1), 31-40.
- Silva, K. L., Sena, R., Leite, J. C. A., Seixas, C. T., & Gonçalves, A. M. (2005). Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 391-397.
- Silva, K. L., Sena, R., Seixas, C. T., Feuerwarker, L. C. M., & Mehry, E. E. (2010). Home care as change of the technical-assistance model. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 166-176.
- Simon, C., Everitt, H., & van Dorp, F. (2013). *Manual de clínica geral de Oxford*. Porto Alegre: Artmed.
- Singh, D. (2008). *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sousa, M. F., & Parreira, C. M. S. F. (2010). Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(5), 399-404.
- Souza, L. L. & Costa, J. S. D. (2011). Internações por condições sensíveis a atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 765-72.
- Souza, L. O. (2013). *Programa saúde nas escolas: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos em Ceilândia/DF*. Monografia de Graduação, Universidade de Brasília, Ceilândia.
- Staliano, P., Araujo, T. C. C. F., & Coêlho, A. E. L. (2009). Práticas emergentes em psicologia: atuação com agentes comunitários de saúde. *Psico* (PUCRS. Online), 40(4) 473-477. Recuperado em 12/03/2014 <http://revistaseletronicas.pucrs.br/te/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5282/4934>

- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, 1403-1409.
- Tibaldi, V., Isaia, G., Scarafiotti, C., Gariglio, F., Zanicchi, M., Bo, M., Bergone, S., & Ricauda, N. A. (2009). Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure a prospective randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(17), 1569-1575.
- Toy, E. C., Briscoe, D., & Britton, B. (2013). *Casos Clínicos em Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 825-839. Doi: 10.1590/S1413-81232007000400002.
- Wachholz, P. A., Santos, R. C. C., & Wolf, L. S. P. (2013). Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 513-526.
- World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases 2010. Recuperado de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)
- World Health Organization. (2013). Health topics: Chronic diseases. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)

**ANEXOS**

**Anexo A**  
**Escala da Cruz Vermelha Espanhola**

*Capacidade Funcional*



A avaliação do grau de dependência do usuário para a execução das Atividades da Vida Diária segue conforme a Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

| <b>Escala de avaliação da incapacidade funcional da cruz vermelha espanhola</b> |          |                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grau<br>(zero)                                                                  | 0        | Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.                                                                                        |
| Grau<br>(um)                                                                    | 1        | Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.                     |
| <b>Grau<br/>(dois)</b>                                                          | <b>2</b> | Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.                           |
| <b>Grau<br/>(três)</b>                                                          | <b>3</b> | Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade ajudado por pelo menos uma pessoa. |
| Grau<br>(quatro)                                                                | 4        | Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.    |
| Grau<br>(cinco)                                                                 | 5        | Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.                                                                             |

Parâmetros de classificação das AVDs e AVPs e Admissão no PID

- ☛ **Atividades da Vida Diária (AVDs):** alimentação, banho, higiene, vestuário, transferência e continência;
- ☛ **Atividades da Vida Prática (AVPs):** lavar, cozinhar, trabalhos domésticos, telefonar, comprar, utilizar meios de transporte, cuidar dos medicamentos ou das tarefas.
- ☛ **Admissão no PID:** Pacientes classificados entre os graus 4 e 5

**Anexo B**

**Escala da Complexidade Assistencial de Cascavel do Paraná, adaptada para o DF**

| <b>CUIDADO REQUERIDO</b>                                                                      | <b>PONTUAÇÃO</b>                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>                                                                  |                                                               |
| Independente                                                                                  | 0                                                             |
| Parcialmente dependente                                                                       | 2                                                             |
| Totalmente dependente                                                                         | 5                                                             |
| <b>CUIDADOS DE FISIOTERAPIA</b>                                                               |                                                               |
| Independente                                                                                  | 0                                                             |
| Necessidade de cuidados fisioterápicos                                                        | 2                                                             |
| <b>TERAPIA NUTRICIONAL</b>                                                                    |                                                               |
| Suplemento oral                                                                               | 1                                                             |
| Gastrostomia                                                                                  | 2                                                             |
| Sonda Nasoenteral                                                                             | 3                                                             |
| Jejunostomia                                                                                  | 3                                                             |
| <b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</b>                                                               |                                                               |
| Sem tratamento medicamentoso                                                                  | 0                                                             |
| Com tratamento medicamentoso                                                                  | 1                                                             |
| <b>OXIGENOTERPIA</b>                                                                          |                                                               |
| Dependência de oxigênio suplementar por ventilação não invasiva. Admissão automática pelo POD | 19                                                            |
| <b>DISPOSITIVOS</b>                                                                           |                                                               |
| Sonda Vesical de Demora ou Cistostomia                                                        | 1                                                             |
| Traqueostomia                                                                                 | 2                                                             |
| <b>LÊSÕES CUTÂNEAS</b>                                                                        |                                                               |
| Úlcera de Pressão Grau I                                                                      | 1                                                             |
| Úlcera de Pressão Grau II                                                                     | 2                                                             |
| Úlcera de Pressão Grau III                                                                    | 5                                                             |
| Úlcera de Pressão Grau IV                                                                     | 19                                                            |
| <b>RESULTADO</b>                                                                              |                                                               |
| 0- 18 Pontos                                                                                  | Baixa Complexidade Assistencial =<br>Acompanhamento pelas UBS |
| ≥19 Pontos                                                                                    | Média Complexidade Assistencial =<br>Acompanhamento pelo PID  |



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Internação domiciliar em Ceilândia: perfil de cuidadores e pacientes com acidente vascular cerebral

**Pesquisador:** Talita Lemos Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27809014.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 627.988

**Data da Relatoria:** 28/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

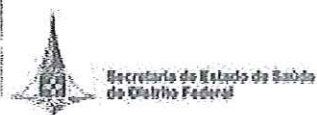
**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF**



Continuação do Parecer: 627.988

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Recomendações:**

Sem alterações ao Parecer Consubstanciado Número: 614.798

Data da Relatoria: 14/04/2014

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após atendimento às pendências, projeto aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 28 de Abril de 2014

---

**Assinador por:  
luiz fernando galvão salinas  
(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



## Anexo D

| Instrumento para Sistematização dos Dados do Paciente e do Cuidador |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Número do Sujeito: _____                                            |                                                                    |
| Onde ou como soube da existência do NRAD: _____                     |                                                                    |
| Dados do Paciente                                                   | Dados do Cuidador                                                  |
| Data de Nascimento: / /      Data de Admissão: / /                  | Parentesco com o paciente ( ) Não ( ) Sim Qual? _____              |
| Idade: _____                                                        | Idade: _____      Data de Nascimento: / /                          |
| Sexo ( ) M ( ) F                                                    | Sexo ( ) M ( ) F                                                   |
| Estado Conjugal                                                     | Estado Conjugal                                                    |
| ( ) Casado      ( ) Solteiro      ( ) Viúvo      ( ) Outros         | ( ) Casado      ( ) Solteiro      ( ) Viúvo      ( ) Outros        |
| Grau de Escolaridade                                                | Grau de Escolaridade                                               |
| ( ) Fund ( ) F inc ( ) Médio ( ) M Inc ( ) Super ( ) Super Inc      | ( ) Fund ( ) F inc ( ) Médio ( ) M Inc ( ) Super ( ) Super Inc     |
| Profissão/ocupação: _____                                           | Profissão/ocupação: _____                                          |
| UF de origem:      RG do DF ( ) Não ( ) Sim Emissão / /             | UF de origem:      RG do DF ( ) Não ( ) Sim Emissão / /            |
| Cor:      Religião:      Renda Pessoal: R\$ _____                   | Cor:      Religião:      Renda Pessoal: R\$ _____                  |
| Plano de Saúde ( ) Não ( ) Sim                                      | Foi cuidador até a alta do paciente ( ) Sim ( ) Não                |
| Cond.Trabalhista ( ) Ativo ( ) Beneficiário ( ) Aposentado          | Participou de reunião de cuidadores ( ) Sim ( ) Não                |
| Data da última alta hospitalar / /                                  | Divide com outro(s) a função de cuidador? ( ) Não ( ) Sim          |
| No momento da internação domiciliar                                 |                                                                    |
| Encaminhamento ou Relatório ( ) Médico ( ) Outro ( ) Não            | Dados do Segundo Cuidador/parentesco com o paciente                |
| Grau de Incapacidade Funcional: _____                               | Idade: _____      Data de Nascimento: / /                          |
| ( ) UP única      ( ) UP múltipla      Grau: _____                  | Sexo ( ) M ( ) F                                                   |
| ( ) Dieta oral      ( ) Dieta enteral      ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT  | Estado Conjugal                                                    |
| ( ) TQT ( ) HMDL ( ) SVA ( ) SVD ( ) Nenhum ( ) Outro               | ( ) Casado      ( ) Solteiro      ( ) Viúvo      ( ) Outros        |
| No transcorrer da internação domiciliar                             |                                                                    |
| Atendimentos diretos:                                               | Grau de Escolaridade                                               |
| ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( ) Nutricionista          | ( ) Fund ( ) F inc ( ) Médio ( ) M Inc ( ) Super ( ) Super Inc     |
| ( ) Fisioterapeuta ( ) Terapeuta Ocupacional ( ) Assist. Social     | Profissão/ocupação: _____                                          |
| ( ) UP única      ( ) UP múltipla      Grau: _____                  | UF de origem:      RG do DF ( ) Não ( ) Sim Emissão / /            |
| ( ) Dieta oral      ( ) Dieta enteral      ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT  | Cor:      Religião:      Renda Pessoal: R\$ _____                  |
| ( ) TQT ( ) HMDL ( ) SVA ( ) SVD ( ) Nenhum ( ) Outro               | Participou de reunião de cuidadores ( ) Sim ( ) Não                |
| Situação Habitacional                                               |                                                                    |
| ( ) Imóvel próprio ( ) Imóvel alugado ( ) Imóvel cedido             | Contexto Familiar      Renda: R\$ _____                            |
| Tipo: ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros                          | Nº de pessoas que moram na casa(incluindo o paciente): _____       |
| Número de Famílias no Lote: _____                                   | Parentesco com o paciente/Idade                                    |
| Número de cômodos: _____                                            | ( ) Cônjuge      ( ) Nora                                          |
| Acomodação do Paciente ( ) Individual ( ) Coletiva                  | ( ) Filho      ( ) Genro                                           |
| Tratamento de água                                                  | ( ) Filha      ( ) Neto                                            |
| ( ) Rede Pública ( ) Poço Artesiano ( ) Fonte ( ) Outros            | ( ) Outro      ( ) Neta                                            |
| Destino do Esgoto                                                   | Reospitalização ( ) Zero ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) + de 3              |
| ( ) Rede Pública ( ) Fossa Aberta ( ) Fossa Fechada ( ) Outros      | Hospital: _____      Motivo: _____                                 |
| Destino do Lixo      ( ) Coleta Pública ( ) Queimado                | Dados da alta da internação domiciliar      Data: / /              |
| ( ) Céu aberto ( ) Aterro ( ) Outros                                | Motivo { ( ) Falta de critérios clínicos                           |
| Instalação Sanitária ( ) Individual ( ) Coletiva                    | ( ) Descumprimento de normas                                       |
| Cozinha      ( ) Interna      ( ) Externa                           | ( ) Transferência para outro NRAD                                  |
| Quintal      ( ) Sim      ( ) Não                                   | ( ) Mudança de UF                                                  |
| Animal Doméstico ( ) Não ( ) Sim      Qual: _____                   | ( ) Óbito ( ) Domiciliar ( ) Hospitalar                            |
|                                                                     | Grau de Incapacidade Funcional: _____                              |
|                                                                     | ( ) UP única      ( ) UP múltipla      Grau: _____                 |
|                                                                     | ( ) Dieta oral      ( ) Dieta enteral      ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT |
|                                                                     | ( ) TQT ( ) HMDL ( ) SVA ( ) SVD ( ) Nenhum ( ) Outro              |
|                                                                     | Relatório de alta da internação domiciliar ( ) Sim ( ) Não         |

## Anexo E

| <b>Escala de Braden</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                   | 1. Ponto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3 Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4 Pontos                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Percepção sensorial:</b><br>Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto | <b>Completamente limitado</b> não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivava ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.                                                                       | <b>Muito limitado:</b> responde somente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.                                                                                                               | <b>Levemente limitado:</b> responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades                                                                                                                | <b>Nenhuma limitação:</b> responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.                                                                             |
| <b>Umidade:</b><br>Grau ao qual a pele está exposta à umidade                                                     | <b>Constantemente úmida:</b> a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado                                                                                                                                                | <b>Muito úmida:</b> a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão                                                                                                                                                                                                                  | <b>Ocasionalmente úmida:</b> a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.                                                                                                                                                                                                                           | <b>Raramente úmida:</b> a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina                                                                                                                                        |
| <b>Atividade física:</b><br>Grau de atividade física                                                              | <b>Acamado:</b> mantém-se sempre no leito                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Restrito à cadeira:</b> a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda                                                                                                                                                                        | <b>Caminha Ocasionalmente:</b> caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira                                                                                                                                                                                                              | <b>Caminha Frequentemente:</b> caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.                                                                         |
| <b>Mobilidade:</b><br>Habilidade de mudar e controlar as posições corporais                                       | <b>Completamente imobilizado:</b> não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda                                                                                                                                                                                                             | <b>Muito limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança freqüentes ou significantes sem ajuda                                                                                                                                                                                           | <b>Levemente limitado:</b> faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Nenhuma limitação:</b> faz mudanças grandes e freqüentes na posição sem assistência                                                                                                                                                          |
| <b>Nutrição:</b><br>Padrão usual de ingestão alimentar                                                            | <b>Muito pobre:</b> nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 da comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias                      | <b>Provavelmente inadequado:</b> raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda              | <b>Adequado:</b> come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais | <b>Excelente:</b> come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar |
| <b>Fricção e cisalhamento</b>                                                                                     | <b>Problema:</b> necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega freqüentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante | <b>Potencial para problema:</b> movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo | <b>Nenhum problema aparente:</b> movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Total de pontos</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                 |

Traduzido por Maria Helena Larcher Caliri - EERP - USP, com autorização da autora Barbara Braden.<sup>(16)</sup>