

Enferm Bras 2021;20(2);191-205doi: [10.33233/eb.v20i2.4210](https://doi.org/10.33233/eb.v20i2.4210)**ARTIGO ORIGINAL****Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar**

Giliane Fabíola Martins dos Reis, M.Sc.*, Marli de Carvalho Jericó, D.Sc.**,
Andréia Aparecida Silveira Maloni***, Simone Casteluci Bedin****, Paulo César
dos Anjos Gasques*****, Silvia Lopes Moreira Kawata*****

**Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP),
**Enfermeira, Economista e consultora em Gestão em Enfermagem, Professora
em Enfermagem na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP,
***Enfermeira, Prefeitura Municipal de São José de Rio Preto, Secretaria de
Saúde de São José do Rio Preto, SP, Departamento de Atenção Especializada,
São José do Rio Preto, SP, ****Mestranda do Programa de Pós-graduação em
Enfermagem Stricto Sensu da (FAMERP), Especialista em Cirurgia Geral,
Cirurgia Vasculuar e EcoDoppler Vasculuar, São José do Rio Preto, SP, *****Aluno
especial de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Stricto
Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Técnico
administrativo em saúde pública da Secretaria Municipal de Saúde de São José
do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, *****Enfermeira, Aluna especial do
Aluno especial de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Stricto Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP),
Especialista em hospitalidade e gestora em hotelaria do Hospital de Base de São
José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP*

Recebido em 18 de junho de 2020; Aceito em 25 de fevereiro de 2021.

Correspondência: Giliane Fabíola Martins dos Reis, Passeio Rochedos, 106,
385000-15, Ilha Solteira SP

Giliane Fabíola Martins dos Reis: giliane_reis@yahoo.com.br

Marli de Carvalho Jericó: marli@famerp.br

Andréia Aparecida Silveira Maloni: deiamaloni@yahoo.com.br

Simone Casteluci Bedin: siscasteluci@hotmail.com

Paulo César dos Anjos Gasques: paulogasques@gmail.com
Sílvia Lopes Moreira Kawata: silvia.kawata@gmail.com

Resumo

Objetivo: Investigar o perfil e a relação entre os motivos admissionais, idade e o tempo de permanência e mensurar alguns indicadores de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso em um serviço público no sudeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu por meio de análise dos prontuários e arquivos eletrônicos do ano de 2014. Calcularam-se os indicadores em equações propostas pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** Dos 621 pacientes investigados, houve predomínio de mulheres 55,1%, de idosos 74,9%, com ensino fundamental 63%. O principal motivo da admissão do idoso foi Acidente Vascular Cerebral-29,5%. Os indicadores anuais apontaram média de 230,42 pacientes, média de tempo de permanência 145,80 dias, média de atendimentos 2.969,04, taxa de alta média 6,31%, taxa de óbito média 4,87% e de desospitalização 2,50%. **Conclusão:** Os achados permitem alinhar as atividades cuidativas ao perfil de pacientes e os indicadores direcionam a tomada de decisão do enfermeiro gestor favorecendo melhorias no gerenciamento do serviço.

Palavras-chave: assistência domiciliar; indicadores de qualidade em assistência à saúde; tempo de permanência; serviços de saúde.

Abstract

Patient profile and indicators of a home care service

Objective: To analyze Home Care Service in relation to the patients' profile on the use and measure some indicators of a Home Care service. **Methods:** It is a case study in a public service in southeastern Brazil. Data collection occurred through analysis of medical records and electronic files. The indicators were calculated in equations proposed by the Ministry of Health. The research project was approved by the Ethics Committee (n: 1,268,061). **Results:** Out of the 621 patients undergoing the HC service; women were predominant 55.1%; elderlies 74.9%; with elementary education, 63%. Yearly indicators showed a mean of 230.42 patients, mean length of staying 145.80 days, mean number of medical care 2,969.04. Mean of hospital discharge 6.31%, mean of death rate 4.87% and de-hospitalization 2.50%. **Conclusion:** These findings allowed to outline the care

activities according to the patients' profile, and the indicators have guided the decision-making of the nurse manager to improve the management of the service.

Keywords: home nursing; quality indicators; residence time health; services.

Resumen

Perfil del paciente e indicadores de un servicio de atención domiciliaria

Objetivo: Evaluar la Atención Domiciliaria de acuerdo con el perfil de los pacientes y medir algunos indicadores de un servicio de atención domiciliaria.

Métodos: Es un estudio de caso en un servicio público en el sureste de Brasil. La recopilación de datos se produjo mediante el análisis de registros médicos y archivos electrónicos. Los indicadores se calcularon en ecuaciones propuestas por el Ministerio de Salud. *Resultados:* De los 621 pacientes en AD investigados, hubo predominio de mujeres 55,1%, de ancianos 74,9%, con educación primaria 63%. Los indicadores anuales apuntaron un promedio de 230,42 pacientes, un promedio de tiempo de permanencia de 145,80 días, un promedio de atendimientos de 2.969,04. La tasa de alta médica 6,31%, tasa media de fallecimiento 4,87% y de deshospitización 2,50%. *Conclusión:* Los hallados de este estudio permiten alinear las actividades cuidadoras al perfil de sus pacientes y los indicadores direccionan a la toma de decisión del enfermero gestor favoreciendo mejoras en el gerenciamiento del servicio.

Palabras-clave: atención domiciliaria de salud; indicadores de calidad de la atención de salud; tiempo de permanencia; servicios de salud.

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade de cuidados continuados cujas ações visam a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação praticadas nos domicílios dos pacientes [1]. Esse conceito aplica-se ao sistema público de saúde que veio ao longo dos últimos anos fomentado mudanças macros em sua organização de modo a favorecer a implantação de uma política nacional voltada para a AD [2].

Atualmente a AD está inserida na Rede de Atenção de Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) delineada sob o “Programa Melhor em Casa” (PMC), com o entendimento de ser uma assistência complementar e interligada

às demais redes de saúde, tendo como diferencial a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente [3].

Através deste programa o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que conta com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) formada pelos profissionais: auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social, médico e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por no mínimo três categorias profissionais de nível superior como o assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional [3].

O SUS ao rever sua capacidade em atender as demandas relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações [4-7], vislumbrou a AD sob dois focos importantes.

O primeiro porque existe demanda para cuidados continuados e segundo que estes cuidados são desafiadores, uma vez que ocorrem na casa dos pacientes onde as questões da segurança e elegibilidade são cruciais para manutenção no programa [1].

Assim, desafios da AD aumentam na medida em que a complexidade envolvida na reorganização do processo de trabalho precisa demonstrar qualidade e resolutividade assistencial [8].

Nesse aspecto, o uso de indicadores tem sido uma ferramenta de avaliação muito utilizada no gerenciamento pelo enfermeiro, pois eles mensuram as atividades de um serviço possibilitando identificar lacunas que mereçam ser investigadas e corrigidas [9,10]. Permitem também fazer comparações com outros serviços de saúde contribuindo para a sua melhoria, desde que utilizem a mesma metodologia [11].

Para tal recomenda-se o uso de um grupo de indicadores e não apenas um, para que se tenha uma representatividade mais adequada da realidade do serviço avaliado [9-12]. O Ministério da Saúde (MS) propõe realizar o monitoramento da AD por meio dos indicadores de processo (média de pacientes, de tempo de permanência, de atendimento por equipe e proporção de paciente por agravo) e de resultado (taxa de óbito domiciliar e declarado no domicílio, de internação nas primeiras 48h em AD, de desospitalização, de agudização e de alta) [13].

Assim, é relevante que as instituições avaliem a AD por meio do uso de indicadores para que possam conhecer os resultados de sua prática assistencial, compará-los a outros serviços semelhantes, identificar oportunidades e direcionar intervenções para melhoria, traçar metas e, se necessário, redesenhar o processo de trabalho. Ao mesmo tempo identificar o perfil dos seus pacientes propicia ações de melhorias assistenciais e administrativas do ponto de vista individual e coletivo.

Diante do exposto, este estudo visa responder as seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico dos pacientes de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)? Há correlação entre os motivos de admissão, idade e o tempo de permanência? Quais são os indicadores de desempenho de um SAD?

A presente pesquisa tem como objetivos: investigar o perfil e a relação entre os motivos admissionais, idade e o tempo de permanência de pacientes em Atenção Domiciliar e mensurar alguns indicadores propostos para um SAD.

Material e métodos

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Atenção Domiciliar: análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos de materiais em uma cidade do sudeste do Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.268.061).

Estudo de caso, quantitativo, descritivo-analítico, transversal realizado em um SAD público, localizado em um município do sudeste brasileiro com população de 438.354 habitantes [14].

Os dados foram coletados no mês de julho de 2015 por meio de análise de prontuário físico e acesso aos arquivos eletrônicos gerenciais relativos a da produção das atividades dos profissionais do SAD durante o ano de 2014. No período do estudo, 761 pacientes foram atendidos pelo SAD, dos quais 140 foram excluídos por indisponibilidade de seus prontuários. A amostra final, por conveniência, foi de 621 pacientes.

O perfil sociodemográfico foi composto das variáveis: idade, gênero, escolaridade, estado civil e renda. Os motivos da admissão foram baseados nos diagnósticos médicos registrados nos prontuários segundo a Classificação

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10 (CID-10). Considerou-se a renda com base na moeda brasileira Real (R\$) e o valor do salário-mínimo R\$ 724,00 em 2014 [17]. Para mensurar os atendimentos foram considerados os procedimentos e as visitas realizadas em domicílio pela EMAD. O tempo de permanência foi considerado a partir da data de admissão até a data do desfecho do atendimento de - alta, óbito ou tempo de permanência até o último dia do ano de 2014. Quanto ao cálculo dos indicadores para acompanhamento e avaliação do SAD mensuraram-se aqueles cujos dados estivessem completos em relação ao ano de 2014 (Quadro 1).

Quadro 1 - Demonstrativo dos indicadores, tipo e fórmula padrão para o monitoramento do SAD [15]

Indicador	Tipo	Fórmula para o cálculo
Taxa de alta em AD*	Resultado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que tiveram alta}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}} \times 100$
Taxa de óbito domiciliar em AD	Resultado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes em AD}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}} \times 100$
Taxa de Desospitalização	Resultado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD egressos de hospital}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}} \times 100$
Média de pacientes em AD	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD}}{\text{N}^\circ \text{ total de EMAD}^{**}}$
Média de tempo de permanência dos pacientes em AD	Processo	$\frac{\text{Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD na competência}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD na mesma competência}}$
Média de atendimentos em AD por equipe	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos em AD realizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de EMAD}^{**}}$

*AD = Atenção Domiciliar; EMAD = Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

Os dados foram tratados utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 2011. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa e as quantitativas, medidas resumos (média e desvio-padrão, mediana e mínimo e máximo). Para investigar a associação entre o tempo médio de permanência e os motivos de admissão na AD, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA), com $p < 0,05$. E para verificar a correlação entre a idade dos pacientes e o tempo de permanência em AD foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos pacientes em AD é composto por mulheres - 55,1%, com idade de 60 anos ou mais -74,9%, média $69,4 \pm 19,7$ anos, variação

de 0,1 a 104 anos; nível de instrução no ensino fundamental – 63% e renda variando de R\$724,00 a R\$ 1.448,00 para 60,5% dos pacientes (tabela I).

Tabela I - Caracterização dos pacientes em AD (N = 621). São José do Rio Preto, 2017

Variáveis	Categorias	N	%
Gênero	Masculino	279	44,9
	Feminino	342	55,1
Faixa etária(anos)	= 11	12	1,9
	12-18	4	0,6
	19-59	140	22,5
	= 60	465	74,9
Escolaridade*	Analfabeto	131	27,0
	Ensino Fundamental	306	63
	Ensino Médio	46	9,5
	Não se aplica	3	0,6
Estado Civil**	Solteiro (a)	102	18,9
	Casado (a)	249	46,3
	Viúvo (a)	187	34,8
Renda (SM)***	< Salário mínimo	11	2,4
	1 a 2 Salários mínimos	282	60,5
	> 2 Salários mínimos	170	36,5
	Não se aplica	3	0,6

*SI = Sem Informação 135 (21,7%); **SI = 83 (13,4%); *** SI = 155 (25%), SM (2014) - R\$724,00

A Tabela II mostra congruência entre os motivos de admissão e a evolução da faixa etária, de 12 a 18 anos (50%) fratura e traumatismo cranioencefálico e em idoso (29,5%) prevalência Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No agrupamento “outros” sobre os motivos de admissão no SAD segundo a faixa etária de 0-11 anos (100%) estão relacionados às más formações e síndromes genéticas; de 12-18 anos (25%) a Síndrome de Duchenne; de 19-59 anos (44,6%) e de 60 anos ou mais (17,2%) agruparam-se as doenças dos demais sistemas.

Observa-se que não houve correlação entre idade e tempo de permanência (coeficiente de Pearson = 0,011). Porém ao verificar a correlação pela estratificação da faixa etária notou-se alguma correlação de acordo com o valor do coeficiente de Pearson entre os pacientes com até 18 anos (correlação moderada). Na faixa etária até 11, indica que quanto maior a idade, maior o tempo de permanência e na faixa de 12 a 18 anos a correlação foi inversa (-0,606), indicando quanto maior a idade, menor o tempo de permanência. No entanto, vale destacar que a quantidade de pacientes nestes dois grupos é baixa.

Tabela II - Caracterização dos principais motivos da admissão na AD e correlação do tempo de permanência, segundo faixa etária (N = 621). São José do Rio Preto, 2017

Motivos	Faixa Etária(anos)							
	= 11		12-18		19-59		= 60 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AVC	-	-	-	-	22	15,8	137	29,5
Fratura	-	-	01	25,0	14	10,1	82	17,6
Alzheimer	-	-	-	-	03	02,2	53	11,4
Neoplasia	-	-	01	25,0	21	15,1	41	08,8
Imobilismo	-	-	-	-	01	00,7	20	04,3
Doença de Parkinson	-	-	-	-	01	00,7	15	03,2
TCE	-	-	01	25,0	08	05,8	02	00,4
Pneumonia	-	-	-	-	-	-	11	02,4
Amputação	-	-	-	-	02	01,4	09	01,9
DPOC	-	-	-	-	03	02,2	07	01,5
Úlcera por pressão	-	-	-	-	02	01,4	08	01,7
Outras	12	100,0	01	25,0	62	44,6	80	17,2
Total	12	100	04	100	139	100	465	100
TP(coeficiente de Pearson)	0,640		-0,606		-0,072		-0,040	

AVC = Acidente Vascular Cerebral; TCE = Traumatismo cranioencefálico; DPOC =Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; TP = Tempo de Permanência; *Sem Informação = 1 (0,2%)

A média do tempo de permanência entre os principais motivos de admissão em AD variou de 82,5 dias (amputação) a 346,3 dias (doença de Parkinson). Não houve associação estatística entre os principais motivos de admissão e o tempo de permanência em AD (ANOVA, $p > 0,05$) (Tabela III).

Tabela III - Correlação entre os principais motivos da admissão na AD e o tempo de permanência (N = 621). São José do Rio Preto, 2017

Motivos de admissão	n	Média (dias)	DP	Mediana (dias)	Mínimo (dias)	Máximo (dias)	Valor de P
AVC	159	186,3	244,4	113,0	1	1365	0,090
Fratura	97	173,6	201,4	124,0	1	1323	
Neoplasia	63	115,5	235,3	47,0	0	1721	
Alzheimer	55	212,5	245,3	99,0	0	967	
Imobilismo	21	167,2	148,2	137,0	18	591	
Doença de Parkinson	16	346,3	457,7	115,0	0	1302	
TCE	11	198,6	263,1	151,0	20	946	
Pneumonia	11	109,1	132,3	40,0	0	388	
Amputação	11	82,5	62,1	75,0	12	189	
DPOC	10	205,1	133,2	221,5	3	414	
Lesão por pressão	10	142,3	119,4	149,0	6	367	
Outras	155	186,9	254,3	100,0	0	1460	

AVC = Acidente Vascular Cerebral; *Sem Informação = 2 (0,3%)

O SAD, em 2014, apresentou os seguintes indicadores de processo: média de pacientes/ano-230,42(DP:74,52) com mínimo de 160 (abril) e máximo de 349 (março); média de tempo de permanência/ano -148,20(DP:23,66) dias mínimo de 107,96 (dezembro) e máximo de 202,09 (fevereiro) e média de

atendimentos/equipe-2.969,04(DP:960,69) mínimo de 957 (dezembro) e máximo de 4.196,50 (outubro).

Em relação aos indicadores de resultado: taxa de alta de 6,31% (DP 5,99) mínimo de 3,28% (junho) e máximo de 12,32% (fevereiro); taxa de óbito de 4,87% (DP 4,74) mínimo de 3,43% (maio) e máximo de 7,03% (dezembro) e taxa de desospitalização 2,49% mínimo de 1,08% (agosto) e máximo de 3,51% (dezembro) (Tabela IV).

Tabela IV - *Distribuição dos indicadores de desempenho do SAD em 2014. São José do Rio Preto, 2017 (ver PDF)*

Discussão

Dados recentes sobre a AD apontam que de 2012 para 2019 houve um crescimento de 461% subindo de 18 para 830 estabelecimentos cadastrados no Brasil [15]. Atualmente, 2021, o setor conta com 913 serviços de atenção domiciliar cadastrados, dos quais 399 estão localizados na região do sudeste do Brasil embora tenha ocorrido um aumento de 209% nos últimos três anos destes estabelecimentos na região nordestina [15,16].

Até meados de 2020, o SAD público contava com 1.446 equipes implantadas, entre EMADs e EMAPs, abrangendo 577 municípios de 26 estados perfazendo uma cobertura de 34% no território brasileiro [15].

Diante desse panorama, o perfil de pacientes em AD encontrados neste estudo foi predomínio de mulheres (55,1%), de idosos (74,9%) e com ensino fundamental (63%). Resultados semelhantes a outros estudos nacionais quanto ao predomínio de mulheres também foram identificados: 55% (n = 131) em Minas Gerais, 71,74% (n = 46) no Rio de Janeiro e 68% (n = 151) São Paulo sendo todos idosos [17-19].

Semelhanças também em relação à escolaridade, dois estudos sobre AD na região sudeste apontaram que grande parte de seus pacientes tinham baixo nível de escolaridade sendo 95% (n = 157) no ensino fundamental incompleto no estado de São Paulo ou não possuíam ensino fundamental completo 60,88% (N = 46) no estado do Rio de Janeiro [18,19].

Em relação ao estado civil, foi encontrada diferença havendo prevalência de viúvos 43,78% (N = 46), no entanto sobre a baixa condição social foi identificada também em outro estudo no qual 65,22% (N = 46) possuíam renda de até dois salários-mínimos [18]. Existe evidência de que a má condição social interfere no gerenciamento da saúde do idoso [19].

Na literatura internacional, estudos do mesmo perfil dos pacientes em AD aqui identificados foram encontrados também na Austrália, Canadá e Estados Unidos [20-22]. Denotando que o setor precisa (re)conhecer quem são seus potenciais usuários a fim de planejar e estruturar o serviço de modo a ofertar uma assistência qualificada e individualizada considerando as particularidades do idosos [4-8].

Sobre os motivos da admissão em AD, nota-se que para a faixa etária predominante (60 anos ou mais) foram: AVC (29%), Fratura (17,6%) e Alzheimer (11,4%). Existem evidências de que as doenças vasculares e neurológicas estão entre as principais causas para indicação da AD em virtude das limitações físicas e cognitivas decorrentes de sua cronicidade [4-7,20-22]. Adicionalmente, sabe-se que a fratura é a lesão mais incidente entre idosos que são vítimas de queda fator relevante porque existe evidência da associação da limitação para as atividades diárias após a queda seguida de fratura e necessidade de suporte para realizá-las [23,24]. Nesse aspecto a AD contribui positivamente, uma vez que evita não só as hospitalizações desnecessárias como também atua na reabilitação através de práticas para a manutenção da capacidade funcional do idosos favorecendo a sobrevivência do sistema de saúde [4,5].

O tempo médio de permanência/ano foi de 148,20 (DP 23,66) dias, abaixo do tempo médio de permanência encontrado em um estudo transversal realizado na Europa cujo tempo médio foi de 73,4 semanas (513,8 dias). O mesmo estudo apontou a presença de fatores estatisticamente significantes em relação ao tempo de permanência em cuidados domiciliares a longo prazo a saber: idade avançada na admissão, encaminhamento do hospital ou outro serviço de atenção domiciliar, ser casado e ser mulher [25]. Vale a pena ressaltar que o desfecho para tais pacientes foi o óbito.

Outro estudo sobre o tempo em AD realizado no Canadá relacionou a alta dependência física, comprometimento cognitivo e instabilidade cardíaca ao baixo tempo de permanência em AD [21].

Portanto, conhecer o tempo em que os pacientes permanecem em AD favorece no gerenciamento da demanda para o serviço enfatizado pelo fato que há déficit desse serviço tanto no contexto nacional como no internacional [26].

No estudo (transversal, $n = 621$) aqui apresentado não houve associação entre o tempo de permanência e os principais motivos de admissão (ANOVA $p > 0,05$).

Também não houve correlação entre idade por faixa etária e o tempo de permanência ($n = 621$, coeficiente de Pearson = 0,011). Vale ressaltar que para a faixa etária até 18 anos encontrou-se correlação moderada, porém as amostras foram pequenas sendo necessário cautela, haja vista a influência do tamanho da amostra na confiabilidade dos resultados pelo coeficiente de Pearson [27].

Quanto aos indicadores em AD, sabe-se que o Programa Farol, fundado em 2009 pelo sindicato dos estabelecimentos de saúde do município do Rio de Janeiro (SINDHRIO), tem como missão melhoria e atualização no gerenciamento através da divulgação de 12 indicadores em AD desde 2011 [29]. Em 2018, registraram seus indicadores no Programa Farol cinco instituições de AD privadas nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Em comparação a esses indicadores, a taxa de alta (6,31%) encontrada no presente estudo foi superior à média de alta/ano 3,7% divulgada no Programa Farol [28].

No contexto, no presente estudo, destaca-se que para receber alta/desligamento do SAD é preciso cumprir alguns critérios como: mudança na área de abrangência, ausência de um cuidador, não aceitar mais o acompanhamento, recuperação da limitação física de locomoção, piora da condição de saúde e/ou hospitalização e cura [3]. Os motivos da alta não foram aqui apontados, porém estudo a respeito da AD em Minas Gerais recomenda considerar as fragilidades da rede de atenção primária para absorver a demanda da AD, bem como realizar encaminhamento através do sistema de referência e contra-referência para dar continuidade ao acompanhamento do paciente [2,8].

Quanto a taxa de óbito (4,87%) aqui mensurada, foi superior a taxa global de mortalidade/ano 0,9% do Programa Farol [28]. Contudo, o fato de haver mais óbitos entre os pacientes da AD pública em relação aos de empresas privadas, pode ser multifatorial, mas certamente o perfil deve ser um dos fatores que contribui para esse resultado. Quanto aos demais indicadores aqui mensurados,

não foram encontrados dados na literatura nacional pesquisada para comparação, já que estudos voltados para gestão em AD são escassos [29].

Limitações do estudo

Trata-se de uma avaliação retrospectiva (2014) baseada em dados secundários cuja qualidade do registro manual em prontuário físico ficou aquém do esperado restringindo a mensuração de outros indicadores propostos pelo Ministério da Saúde (MS), bem como a escassez de literatura nacional para aprofundamento e comparação dos achados.

Contribuições para a área da enfermagem

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o enfermeiro ampliar o conhecimento do perfil de AD, de forma que em conjunto com a equipe multidisciplinar possa adotar ações com vistas à melhoria da qualidade e segurança cuidativa do paciente. Assim como os indicadores aqui apontados oferecem parâmetros para o enfermeiro gestor na tomada de decisão e para futuros estudos no segmento.

Conclusão

Os achados permitiram conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes em atenção domiciliar do SUS, oferecendo subsídios para alinhar estratégias assistenciais com as particularidades desse perfil. Constatou-se que não há associação estatisticamente significativa entre tempo de permanência com os motivos de admissão e idade. Os indicadores mensurados podem apoiar a tomada de decisão assistencial e administrativa, contudo são insuficientes para avaliar o desempenho do SAD público. Há necessidade de ampliar a mensuração de outros indicadores que em conjunto possam dar visibilidade ao desempenho do SAD.

Recomenda-se às instituições de atenção domiciliar que construam um painel de monitoramento de indicadores de forma a contribuir com o

fortalecimento dos parâmetros de avaliação nessa modalidade de cuidado em saúde, quem vem expandindo consideravelmente no Brasil.

Vinculação acadêmica

Este manuscrito é parte da conclusão de curso nível pós-graduação junto ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP/CAPES

Fonte de financiamento

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES).

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0002 [\[Crossref\]](#)
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA, Salomon ALR. Características dos serviços de atenção domiciliar. Rev Enferm UFPE Online 2018;12(5):1422-9. doi: 10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018 [\[Crossref\]](#)
5. Caranúba CMD, Alves e Silva TD, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, filho EMT. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol 2017;20(3):353-63. doi: 10.1590/1981-22562017020.160163 [\[Crossref\]](#)
6. Pinheiro DS, Santo FHE, Santana RF, Rodrigues MA, Bitencourt GR. Perfil de usuários, cuidadores e ações de enfermagem na atenção domiciliar do SUS: estudo descritivo. Research, Society and Development 2020;9(8):e01985294. doi: 10.33448/rsd-v9i8.5294 [\[Crossref\]](#)
7. Cortez ACL, Silva RL, Silva RCL, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. Enferm Bras 2019;18(5):700-9. doi: 10.33233/eb.v18i5.2785 [\[Crossref\]](#)
8. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Cienc & Saúde Coletiva 2016;21(3):903-12. doi: 10.1590/1413-81232015213.11382015 [\[Crossref\]](#)

9. Gama BP, Bohomol E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos? *Rev SOBEC* 2020;25(3):143-50. doi: 10.5327/Z1414-4425202000030004 [[Crossref](#)]
10. Fabro GCR, Chaves LDP, Teixeira KR, Figueiredo MF, Maurin VP, Gleriano JS. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. *Cuid Enferm* 2020;14(2):147-55.
11. Beaussier AL, Demeritt D, Griffiths A, Rothstein H. Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. *Health Policy* 2020;124:501-10. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.012 [[Crossref](#)]
12. Jericó MC, Perroca MC, Penha VC. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2012 Feb 12];19(5):[08 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_23.pdf
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama São José do Rio Preto [Internet]. 2014 [cited 18 Feb 18 2017]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>
15. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Censo NEAD-Fipe edição 2019-2020 [Internet]. Nead; 2019. [cited 2021 Jan 12]. Available from: <https://www.neadsaude.org.br/2020/02/07/fase-final-do-censo-nead-fipe-2019-2020/>
16. Ministério da Saúde (Brasil). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasil, 2021. [cited 2021 Feb 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
17. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* 2019;10(3):112-8. doi: 10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.1905 [[Crossref](#)]
18. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2019;29(2):e290214. doi: 10.1590/S0103-73312019290214 [[Crossref](#)]
19. Yonekura T, Silva CA, Godoi GA. A desigualdade social e o perfil de saúde dos idosos atendidos por um serviço de assistência domiciliar do município de São Paulo. *Estud Interdiscipl Envelhec* 2017;22(1):117-27. doi: 10.22456/2316-2171.43699 [[Crossref](#)]
20. Hecimovic A, Matijasevic V, Frost SA. Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney. *BMC Health Services Research*. Available from: doi: 10.1186/s12913-020-05941-9 [[Crossref](#)]

21. Hoben M, Chamberlain AS, Grunier A, Knopp-Sihota JA, Sutherland JM, Poss JW, et al. Nursing Home Length of Stay in 3 Canadian Health Regions: Temporal Trends, Jurisdictional Differences, and Associated Factors. *JAMDA* 2019;20:1121e1128. doi: 10.1016/j.jamda.2019.01.144 [[Crossref](#)]
22. Goodwin JS, Li S, Zhou J, Grahan JE, Karmarkar A, Ottenbacher K. Comparison of methods to identify long term care nursing home residence with administrative data. *BMC Health Services Research* 2017;17:376. doi: 10.1186/s12913-017-2318-9 [[Crossref](#)]
23. Monteiro CR, Mancussi e Faro AC. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 31 Ago 2017];44(3):719-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/24.pdf>
24. Antes DL, d'Orsi E, Benedetti TRB. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *EpiFloripa Idoso 2009**. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013;[cited 31 Ago 2017];16(2):469-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf>
25. Collingridge Moore D, Payne S, Keegan T, Block LV, Deliens L, Gambassi G et al. Length of stay in long-term care facilities: a comparison of residents in six European countries. Results of the PACE cross-sectional study. *BMJ Open* 2020;10:e033881. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033881 [[Crossref](#)]
26. Kelly A, Conell-Price J, Convisky K, Cenzer IS, Chang A, Boscardin WJ, et al. Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2010[cited 30 Ago 2017];58(9):1701-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945440/pdf/nihms216108.pdf>
27. Filho DBF, Júnior JAS. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje* 2019;18(1).
28. FAROL – Indicadores de Saúde. Gráficos da Assistência Domiciliar [Internet] [cited 24 Fev 2021]. Available from: <https://www.programafarol.com.br/index.php/component/content/article/80-graficos/121-indicadores-de-assistencia-domiciliar>
29. Reis GFM, Soler ZASG, Jerico MC, Maloni AAS, Jericó PC, Jericó PPC. Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. *Cienc Cuid Saude* 2021;20:e58959. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>