

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-
IMIP**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO REGISTRO DAS AÇÕES
AMBULATORIAIS DE SAÚDE EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR DA MACRORREGIÃO DE RECIFE.**

**EVALUATION OF RESULTS OF REGISTRY OF AMBULATORY HEALTH
ACTIONS IN HOME CARE IN HOME CARE SERVICE FROM RECIFE
MACRO-REGION.**

Trabalho de pesquisa do Programa de
Iniciação Científica do PIBIC/CNPq IMIP
com vigência 2013-2014.

Bolsista: Claudionora de Arruda Silva

Orientadora: Luciana Santos Dubeux

Co-orientadora: Flávia Augusta de Orange

Colaborador: Hugo Moura de Albuquerque Melo

Recife, agosto de 2014.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO RAAS-AD NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DA MACRORREGIÃO DE RECIFE.

Claudionora de Arruda Silva¹, Hugo Moura de Albuquerque Melo², Luciana Santos Dubeux³, Flávia Augusta de Orange⁴

1. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) do curso de Medicina. Aluna bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) do IMIP.
2. Médico Residente de Geriatria do IMIP e Aluno do Mestrado em Cuidados Paliativos do IMIP.
3. Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Docente do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do IMIP.
4. Doutora em Tocoginecologia pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Professora da Pós-graduação em Cuidados Intensivos e Professora da FPS.

Endereço de Correspondência: R. Ricardo Salazar, 125, apto 101B, Madalena, Recife-PE.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMO

Objetivo: Avaliou-se os serviços de atendimento domiciliar na macrorregião de Recife a partir de análise de indicadores propostos pelo programa no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde em Atenção Domiciliar (RAAS-AD). **Métodos:** Realizou-se um estudo avaliativo, com abordagem descritiva e com base em dados secundários. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014 e a análise estatística foi realizada no Microsoft Excel, versão 2010. **Resultados:** Observou-se que o registro dos dados não permitiu o cálculo de todos os indicadores. Todos os usuários que ingressaram no SAD na cidade do Recife naquele período foram advindos de hospitais. O SAD IMIP-Hospitalar foi aquele com o menor número de indicadores passíveis de cálculo. A demanda de usuários dos três serviços do SAD foi similar. **Conclusão:** O RAAS-AD não está vinculado ao SIA-SUS, dificultando a análise dos indicadores propostos pelo Melhor em Casa, assim como o monitoramento e avaliação do programa pelos próprios serviços estudados. Entretanto, diante da recente implantação do SAD, o presente estudo pode ser considerado relevante como processo formativo deste programa. Sobretudo por ter proporcionado o reconhecimento das potencialidades e dificuldades do RAAS-AD.

Palavras chave: **Assistência Domiciliar , Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar , Indicadores, Avaliação em Saúde.**

ABSTRACT

Objective: We evaluated the services of home care in the macro-region of Recife from analysis of indicators proposed by the program in the Registry of Ambulatory Health Actions in Home Care (RAHA-HC). **Methods:** We conducted an evaluative study with descriptive approach and based on secondary data. Data collection was conducted from October 2013 to February 2014 and the statistics were realized on Microsoft Excel 2010 version. **Results:** It was observed that the record of the data did not allow the calculation of all indicators. All users who joined the home care services in Recife in that period were referral hospitals. The IMIP home care service was the one with the lowest number of indicators amenable to calculation. The demand of users from the three services was similar. **Conclusion:** The RAHA-HC is not linked to the Ambulatory Information System– Health System complicating the analysis of the indicators proposed by the program which name is Best at Home. However, given the recent implementation of the home care services, the present study can be considered a breakthrough for the recognition of the potential and difficulties of RAHA-HC.

Key words: Home Nursing, Home Care Services Hospital-Based, Indicators, Health Evaluation

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) como extensão do hospital surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos), para reduzir a permanência do usuário do ambiente hospitalar. Todavia, ganhou importância a partir da década de 1980 com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), pois a mudança do perfil epidemiológico e a necessidade intervenções mais eficientes levaram à exploração da AD também em outros países ocidentais.^{1,2}

No Brasil, a primeira referência de AD foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência criado em 1949, inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho. Entretanto, foi na cidade de São Paulo em 1968, no Hospital do Servidor Público Estadual, que surgiu o primeiro Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estruturado e que tinha o objetivo de reduzir a necessidade de internamento e permanência hospitalar, racionalizando o uso de leitos hospitalares, que já se encontravam escassos na época³.

A despeito da existência dos referidos serviços assistenciais em domicílio desde a década de 1940, apenas em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil implantou o SAD, com a instituição do Programa Melhor em Casa. Este programa tem como objetivo o fortalecimento das bases teóricas e do apoio político-institucional ao funcionamento dos SAD, que é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização de equipes que são as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A assistência prestada pela EMAD e pela EMAP varia com a modalidade de AD, a modalidade de AD1 deve receber assistência da Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto as modalidades AD2 e AD3 são assistidas pelas EMAD e EMAP. O serviço prevê ainda reorganização do processo

de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários⁴.

Os desafios ainda são muitos no processo de desenvolvimento e institucionalização da avaliação no contexto da AD no país. Também dentre as ações, destacam-se os processos de adequação dos sistemas de informação e a institucionalização do monitoramento e avaliação na AD. As ações de registro, sistematização e análise das informações produzidas é processo central para a gestão do processo de trabalho do SAD, na medida em que possibilita a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede e cuidado em AD e revela questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

A portaria nº 2.527 aponta o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS⁵, como os sistemas de informação que deverão ser utilizados para produção de informações na AD. Neste sentido, a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/ Secretaria de Assistência à Saúde (CGAD /SAS), em parceria com a Coordenação-Geral de Gestão Sistemas de Informação - CGSI do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC/SAS e com o DATASUS, formulou proposta de adequação do SIA/SUS que resultou no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde em Atenção Domiciliar (RAAS-AD)⁵. Conforme a portaria⁵ apenas as equipes vinculadas a estabelecimentos habilitados poderão utilizar o RAAS-AD.

O RAAS-AD é o módulo de captação das informações em AD do SIA/SUS e tem algumas características⁵:

- Fornece informações individualizadas por paciente;
- Permite o cálculo do tempo de permanência, com a informação da data de admissão e a data de saída, não precisando renovar a cada competência;
- Dispensa autorização para a realização dos procedimentos e nem gera pagamento;
- Permite que a equipe multiprofissional preencha um mesmo formulário;
- Identifica a produção por equipe dentro de um mesmo estabelecimento de saúde;
- Permite o registro de vinculação à Estratégia de Saúde da Família;
- Permite o registro do encaminhamento oferecido ao usuário após alta, óbito ou demais causas de descontinuidade do cuidado pela EMAD.

Além do SIA/SUS, sistema de informação no qual o RAAS-AD deverá estar abrigado, existe outros dois sistemas de informações que podem ser utilizados para informar as ações em atenção domiciliar: o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS). O Formulário do RAAS-AD é o instrumento que proporciona a entrada das informações no SIA, tanto para a inclusão do paciente no sistema, quanto para informar as ações realizadas ao longo do período que o paciente está em atenção domiciliar.

Para cada paciente que iniciar acompanhamento em AD, deve ser preenchido um Formulário do RAAS-AD e aberto cadastro no RAAS-AD (SIA/SUS).

O Formulário RAAS-AD é dividido em quatro eixos: identificação do estabelecimento de Saúde; identificação do usuário do SUS; dados do Atendimento; ações realizadas.

Os indicadores são propostos pela CGAD/SAS/MS para uso dos SAD e tiveram como base aqueles indicados na RDC nº 11 de 2006 e no Manual Instrutivo do Melhor em Casa⁵. Todos os indicadores listados podem ser calculados por modalidade de AD (AD2 e AD3), por município, por SAD e por equipe.

Considera-se o RAAS-AD uma importante ferramenta de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo SAD nos diversos cenários locais e regionais de implantação do Programa. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar os serviços de atendimento domiciliar na macrorregião de Recife, a partir de análise de resultados para o programa proposto no RAAS-AD. Serão verificadas as atividades de adequação dos processos de registro, sistematização e análise das informações que são produzidas pelos SAD; e serão caracterizados os indicadores do RAAS-AS, nos três serviços existentes no município de Recife, registrados pelos SAD.

Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem descritiva e com base em dados secundários. O estudo será desenvolvido em todas as unidades do SAD em Recife. O SAD em Recife encontra-se sob a gestão indireta da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, sendo administrado por Organizações Sociais (OS): Fundação Martiniano Fernandes do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP - Hospitalar), a Santa Casa de Misericórdia do Recife e a Fundação Manoel da Silva Almeida do Hospital Maria Lucinda. O serviço IMIP- Hospitalar possui duas EMAD e uma EMAP; a Santa Casa de Misericórdia do Recife possui duas EMAD e uma EMAP; e a Fundação Manoel da Silva Almeida do Hospital Maria Lucinda possui três EMAD e uma EMAP.

O estudo tem caráter censitário abrangendo a totalidade das equipes de SAD em Recife, a partir da avaliação direta dos resultados do RAAS-AD de cada serviço. O período de coleta aconteceu no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio da coleta de dados existentes nas planilhas disponibilizadas pelos serviços anteriormente citados.

Foram incluídos os serviços do SAD em funcionamento em Recife. No período de estudo não foram excluídos nenhum serviço, pois todos atenderam aos critérios de inclusão.

As variáveis utilizadas neste estudo se referem aos indicadores propostos pela CGA/SAS/MS para uso dos programas Melhor em Casa e tiveram como base aqueles propostos na RDC nº 11 de 2006 e no Manual Instrutivo do Melhor em Casa⁵, os quais são indicadores de resultado e diagnóstico (Tabela 1).

Em relação ao registro, sistematização e análise dos dados, os responsáveis de cada serviço foram abordados com questões que contemplaram os três tópicos citados anteriormente. Os indicadores foram calculados a partir dos métodos de cálculo correspondentes para cada indicador.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi elaborado seguindo as recomendações da Resolução de número 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP e aprovado com o número do CAAE 26887914.4.0000.5201.

Resultado

Os serviços do SAD do Maria Lucinda e Santa Casa de Misericórdia do Recife registram seus dados no sistema do SIA-SUS. Enquanto o SAD IMIP-Hospitalar registra seus dados em sistema próprio do hospital.

O SAD IMIP-Hospitalar registra suas informações no sistema que é próprio do hospital. O preenchimento é individualizado para cada usuário. As informações tem utilidade para prestação de contas ao hospital. Além disso, o responsável pelo preenchimento indicou que alimenta as informações no RAAS-AD para as contas médicas do hospital. Mas diz não ser possível identificar os indicadores (Tabela 2).

O SAD da Santa Casa da Misericórdia preenche suas informações no SIA-SUS, registra os dados de forma individualizada por usuário. O responsável pelo preenchimento das informações relatou que o serviço usa o sistema do RAAS-AD. Questionado quantos indicadores diz que não é possível obter os mesmos; e que os dados são enviados ao Ministério da Saúde, conforme anteriormente indicado (Tabela 2).

De forma semelhante ao SAD da Santa Casa da Misericórdia, o serviço do Maria Lucinda preenche suas informações a respeito dos seus usuários no SIA/SUS, e a forma de preenchimento é individualizada para cada usuário. As informações possivelmente não têm utilidade específica para o serviço, pois a responsável pelo serviço informou que não avalia a produtividade do serviço. Também não utiliza o RAAS-AD por falha no próprio sistema. Segundo a coordenação, a equipe tentou usar aparelhos eletrônicos, mas os erros impossibilitam o envio das informações para a base central de alimentação de sistema (Tabela 2).

Os indicadores do RAAS-AD de cada serviço podem ser vistos na tabela 3, na tabela 4 e na tabela 5. Vale salientar que não foi possível o cálculo de todos os indicadores. Quanta à caracterização dos indicadores calculados por serviço avaliado pode-se observar que todos os usuários que ingressaram no SAD na cidade do Recife no período de estudo foram advindos de um processo de desospitalização. Em relação às taxas de altas clínicas e administrativas o método de cálculo foi alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta na descrição do indicador na Tabela 1 pretende mostrar nº total de pacientes em AD que tiveram alta e não a taxa ou proporção. Assim, foi observado que no IMIP- Hospitalar nos cinco meses de coleta o mês com o maior número de usuários que tiveram alta clínica foi o mês de janeiro de 2014 (6) e o que teve o menor número foi o de dezembro de 2013 (2) e o mês de maior número de usuários que tiveram alta administrativa foi o de fevereiro de 2014 (3) e os meses que

tiveram o menor número foram os de outubro e novembro de 2013 (0). No SAD Santa Casa da Misericórdia o mês com o maior número de usuários que tiveram alta clínica foi o mês de fevereiro de 2014 (6) e o mês que teve o menor número foi o de janeiro de 2014 (0) e o mês de maior número de usuários que tiveram alta administrativa foi o de fevereiro de 2014 (2) e os meses que tiveram o menor número foram os outubro 2013, novembro de 2013, dezembro 2013 e janeiro 2014 (1). No SAD Maria Lucinda os meses com o maior número de usuários que tiveram alta clínica foram o de novembro de 2013, janeiro de 2014 e fevereiro de 2014 (6) e o mês com o menor número foi o de outubro de 2013 (1) e os meses com o maior número de alta administrativa foram o de novembro 2013, dezembro de 2013 e fevereiro de 2014 (1) e os meses com o menor número foram o de outubro de 2013 e janeiro de 2014 (1).(Tabela 3, 4, 5).

Do mesmo modo que o indicador da taxa de alta o indicador da proporção dos pacientes por agravo ou condição também teve o método de cálculo alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta na descrição do indicador na Tabela 1 pretende mostrar nº total de pacientes em AD por agravo ou condição e não a taxa ou proporção. Deve-se considerar o quadro clínico crônico da maioria dos usuários, visto que a maior parte dos usuários está no grupo dos que teve Acidente Vascular Encefálico (AVE), no SAD Santa Casa da Misericórdia do Recife o mês com o maior número dos usuários que tiveram AVE foi o de fevereiro de 2014 (31) e no SAD Maria Lucinda o mês com o maior número foi o de fevereiro de 2014 (82). (Tabela 4, 5).

O SAD IMIP-Hospitalar foi aquele com o menor número de indicadores passíveis de cálculo. A taxa de óbito nesse serviço foi maior no mês de novembro de 2013 (3,6%) e a menor foi no mês de outubro de 2013 (1,8%). O mês com o maior número médio de usuários foi o de fevereiro de 2014 (57,5) e o de menor número foi o de dezembro de 2013 (53,5) (Tabela 3).

O SAD da Santa Casa da Misericórdia do Recife teve a maior taxa de óbito domiciliar no mês de dezembro de 2013 (8,47%) e a menor foi no mês de fevereiro de 2014 (1,7%). A taxa de internação hospitalar não é preenchida no SIA-SUS quando os usuários são internados nas primeiras 48 horas em AD. A maior média de permanência dos usuários foi no mês de janeiro de 2014 (242 dias). Em relação aos agravos e condições o maior número de usuários em AD neste serviço está nos grupos daqueles que tiveram AVE. O mês com o maior número de usuários com AVE foi o de fevereiro de 2014 (31). Tabela 4.

Apenas o SAD do Maria Lucinda os óbitos eram atestados no domicílio pelo médico. A taxa de internação hospitalar não é preenchida no SIA-SUS quando os usuários são internados nas primeiras 48 horas em AD. Nesse serviço o maior número de usuários internados por agravo ou condição são aqueles que tiveram um AVE, o mês com o maior número de usuários com AVE foi o de fevereiro de 2014(82). Tabela 5.

A média dos usuários dos três serviços do SAD Recife se mostrou muito similares. O mês com a maior média do número de usuários foi o fevereiro de 2014 (57,5) no SAD IMIP-Hospitalar, o de maior média do SAD Santa Casa da Misericórdia foi o de dezembro de 2013 (59) e o de maior média do SAD Maria Lucinda foi o de dezembro de 2013 (54). Em relação ao número médio de atendimentos por EMAD, a maior média de atendimentos do SAD Maria Lucinda foi a do mês de outubro de 2013 (417,33) e no SAD Santa Casa de Misericórdia do Recife o mês com a maior média de atendimentos foi o de janeiro de 2014 (461,5).

Discussão

Inserido no contexto de que a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde para melhorar a qualidade dos serviços,

acreditou-se ser extremamente relevante avaliar os resultados propostos pelo RAAS-AD, um serviço recentemente implantado no Brasil e no município do Recife.

Não foi possível o cálculo de todos os indicadores, pois nos três serviços, mesmo aqueles que usavam o RAAS-AD, não havia o preenchimento de todos os indicadores e como os mesmos eram enviados diretamente ao Ministério da Saúde não foi possível o acesso a eles.

Considerando a análise dos indicadores, em um estudo realizado no interior de São Paulo, pode ser observado que 12% dos pacientes permaneceram em atendimento domiciliar, 54% foram interrompidos pelo óbito, 23% tiveram alta para acompanhamento ambulatorial, 5% foram institucionalizados e 6% por não adesão por parte da cuidadora tiveram alta.¹⁰ No que diz respeito a taxa de óbito do presente estudo esta foi inferior em relação ao estudo anteriormente referido. Nesse sentido, analisando que no RAAS-AD o destino dos pacientes está contemplado no indicador do tipo de alta que este recebeu, no presente estudo as taxas de alta clínica e administrativas foram inferiores as mostradas no estudo realizado em São Paulo, quando colocamos no grupo daqueles encaminhados para acompanhamento ambulatorial no grupo das altas clínicas e os que não tiveram adesão dos cuidadores no grupo das altas administrativas.

Apenas nos SAD Maria Lucinda e Santa Casa da Misericórdia o número médio de consultas pela EMAD no mês é contabilizado no seu sistema. No INCA, a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer IV (HC IV) é responsável pelo atendimento a 280 pacientes portadores de câncer avançado e sem possibilidades de cura. Por mês, os profissionais de saúde realizam cerca de 1,6 mil visitas a estes pacientes na modalidade de atenção domiciliar.¹ Não é possível realizar a comparação destes achados com os observados serviço com os serviços do presente estudo por não haver dados da

quantidade de EMAD no INCA . Ressalta-se, entretanto, a importância do registro e da referida ação para acompanhamento dos usuários do SAD.

Quanto às condições e agravos observados nos SAD, em um estudo realizado em Edimburgo, em 1980 o universo dos usuários em AD tinha câncer, pois a unidade de saúde avaliada trata-se de um centro de pacientes terminais.⁸ Em 2004 estudo realizado no Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, São Paulo, as condições clínicas dos usuários foram divididas nos sistemas fisiológicos, aquele que ficou em primeiro lugar foi o de origem neurológica, em segundo lugar estão as neoplasias.⁵ Já em outro estudo, realizado em um hospital no interior de São Paulo dentre as causas de internação de usuários, as mais prevalentes são tratamento de câncer e de acidente vascular encefálico, os quais somavam 54% dos casos ⁶, corroborando com os achados do presente estudo que teve maior concentração dos seus usuários nos grupos de cuidados paliativos ou câncer e aqueles que tiveram um AVE.

Em um estudo realizado em 2010, em uma capital da Região Sul do Brasil, para a avaliação SAD previa a análise de indicadores epidemiológicos do serviço, no entanto não foi possível. Havia compreensão da necessidade da existência da avaliação no serviço estudado, porém, um dos possíveis obstáculos técnicos que se apresentou como impeditivo foi à falta de um programa computadorizado que possibilitasse o cálculo e monitoramento dos indicadores.¹⁰ Ressalta-se que este estudo foi realizado antes da implantação do RAAS-AD, quando foram definidos indicadores de monitoramento do SAD. Apesar disso, no presente estudo também foram evidenciadas fragilidades no que se refere ao registro, processamento e análise dos indicadores.

Cabe ainda mencionar que a dificuldade de obtenção dos resultados devido ao não registro de todas as informações não é exclusivo do presente estudo. Em estudo

realizado no interior de São Paulo, no período de dezembro de 2007 a janeiro de 2009, uma parte dos dados foi coletada por meio da análise dos registros próprios da equipe. O conjunto das informações necessárias não estava contido nesses registros e estavam incompletas, o que pode ter interferido na análise das mesmas na época do estudo.⁶ Corroborando assim, nas dificuldades encontradas no cálculo dos indicadores do presente estudo.

Durante o desenvolvimento desse estudo foi identificada a não uniformização dos serviços quanto a sistematização do armazenamento das informações. Dentre os três serviços o SAD da gestão IMIP-Hospitalar foi aquele que mais houve dificuldade para obtenção dos indicadores, visto que no seu sistema próprio não permite o registro de algumas informações. Os serviços do SAD Maria Lucinda e Santa Casa da Misericórdia apresentaram o maior número de indicadores.

O RAAS-AD não está vinculado ao SIA-SUS dificultando a análise dos indicadores propostos pelo Melhor em Casa, assim como o monitoramento e avaliação do programa pelos próprios serviços estudados. Esse fato dificultou também a apresentação de resultados no presente estudo. Apesar dessas limitações e à recente implantação do programa do SAD o presente estudo pode ser considerado relevante como processo formativo deste programa. Sobretudo por ter proporcionado o reconhecimento das potencialidades e dificuldades do RAAS-AD, que representa uma importante ferramenta para o processo de monitoramento e avaliação de intervenções complexas como o SAD.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação Sugeridos pelo Serviço de Atenção Domiciliar.

Indicador	Descrição	Método de Cálculo	Fonte
1. Taxa de óbito domiciliar	Proporção de pacientes em AD que vieram a óbito no domicílio	$\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos de pacientes em AD} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
2. Taxa de óbito declarado no domicílio	Proporção de pacientes em atenção domiciliar que vieram a óbito no domicílio e que tiveram declaração de óbito emitida pelo médico da EMAD.	$\text{N}^\circ \text{ de D.O emitida pelo m}\acute{\text{e}}\text{dico da EMAD} / \text{N}^\circ \text{ total de } \acute{\text{o}}\text{bitos de pacientes em AD ocorridos no domic}\acute{\text{e}}\text{l}\acute{\text{i}}\text{o} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
3. Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em AD	Relação entre o número de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h de admissão em AD e o número total de pacientes em AD	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h após admissão na AD} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
4. Taxa de desospitalização	Número de pacientes em AD egressos de internação hospitalar para continuidade ou conclusão do cuidado no domicílio	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD egressos de hospital} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
5. Taxa de agudização dos pacientes em AD	Número de pacientes em AD encaminhados para serviço de urgência e emergência (UPA, SAMU, Pronto-socorro, etc)	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que necessitaram serviço de urgência e emergência} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
6. Taxa de alta em AD	Número de pacientes em AD que tiveram alta OBS 2: Por tipo de alta (administrativa ou clínica)	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que tiveram alta} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}$	RAAS-AD (SIA)
7. Média de pacientes em AD	Número médio de pacientes em AD	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD} / \text{N}^\circ \text{ total de EMAD}$	RAAS-AD (SIA)
8. Média de atendimentos em	Número médio de atendimentos domiciliares	$\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos domiciliares realizados} / \text{N}^\circ$	RAAS-AD (SIA)

AD por equipe	realizados	total de EMAD	
9. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	Tempo médio de permanência do paciente em AD	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD na competência/Nº de pacientes em AD na mesma competência	RAAS-AD (SIA)
10. Proporção de pacientes em AD por agravo/condição	Número de pacientes em AD por agravo/situação	Nº de pacientes em AD por agravo ou condição/Nº total de pacientes em AD	RAAS-AD (SIA)

Fonte: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde.

Tabela 2 – Caracterização da sistematização, registro e análise de cada serviço do SAD na cidade do Recife.

	SAD IMIP	SAD MARIA LUCINDA	SAD SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE
Preenchimento é individualizado por paciente	SIM	SIM	SIM
O preenchimento permite definir o tempo de permanência de cada paciente	Não	SIM	SIM

O formulário de preenchimento é o mesmo para cada equipe	Sim	SIM	SIM
O preenchimento permite o registro do destino do usuário após a alta, óbito ou demais causas de descontinuidade do cuidado pela EMAD	SIM	SIM	SIM
Sistema é usado para as informações dos pacientes no serviço	Sistema próprio do hospital.	SIA-SUS	SIA-SUS
Utilidade das informações preenchidas	Usado para prestar contas	Não tem utilidade	As informações são enviadas para o MS para eles fazerem um levantamento do andamento do serviço.
Usam o sistema do RAAS-AD	Sim	Não	Sim

Razão por não usar o sistema do RAAS-AD	Mas não tem como identificar os indicadores.	Falha no próprio sistema do RAAS-AD, segundo coordenadora tentaram usar aparelhos eletrônicos mas dava muito erro do sistema e o próprio continha erros dente dele que não conseguia haver o envio das informações para a base central de alimentação de sistema.	A responsável falou que usava mas que os dados iam direto para o Ministério da Saúde.
---	--	---	---

Tabela 3 - Caracterização dos indicadores do RAAS-AD, na Unidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP-Hospitalar).

INDICADORES	PERÍODO DE COLETA				
	OUT 2013	NOV 2013	DEZ 2013	JAN 2014	FEV 2014
1. Taxa de óbito domiciliar	1,8 %	3,6 %	1,86%	1,83%	2,6 %
2. Taxa de óbito declarado no domicílio	*	*	*	*	*
3. Taxa de internação hospitalar nas	*	*	*	*	*

primeiras 48h em AD					
4. Taxa de desospitalização	100%	100%	100%	100%	100%
5. Taxa de agudização dos pacientes em AD	*	*	*	*	*
6.1 Taxa de alta em AD administrativa **	0	0	2	1	3
6.2 Taxa de alta em AD clínica**	3	3	2	6	4
7. Média de pacientes em AD	55,5	55,5	53,5	54,5	57,5
8. Média de atendimentos em AD por equipe	*	*	*	*	*
9. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	*	*	*	*	*
10. Proporção de pacientes em AD por agravos	*	*	*	*	*

Tabela 4 - Caracterização dos indicadores do RAAS-AD, na Unidade da Santa Casa de Misericórdia do Recife.

INDICADORES	PERÍODO DE COLETA				
	OUT 2013	NOV 2013	DEZ 2013	JAN 2014	FEV 2014
1. Taxa de óbito domiciliar	3,47%	5,4%	0,84%	1,76%	1,7%
2. Taxa de óbito declarado no domicílio	**	**	**	**	**
3. Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em AD*	5,21%	9,9%	1,69%	5,3%	5,12%

4. Taxa de desospitalização	100%	100%	100%	100%	100%
5. Taxa de agudização dos pacientes em AD	0,87%	0,00%	0,00%	0,88%	0,85%
6.1 Taxa de alta em AD administrativa ***	1	1	1	1	2
6.2 Taxa de alta em AD clínica ***	5	5	1	0	6
7. Média de pacientes em AD	57,5	55,5	59	56,5	58,5
8. Média de atendimentos em AD por equipe	350,5	409	413	461,5	404
9. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	221	221	221	242	224
10.1 Proporção de pacientes em AD por Cuidados paliativos/ Câncer ****	10	9	13	11	11
10.2 Proporção de pacientes em AD por AVE ****	29	26	27	29	31
10.3 Proporção de pacientes em AD por Amputação ****	6	6	7	5	5
10.4 Proporção de pacientes em AD por Pé diabético ****	6	6	7	5	5
10.5 Proporção de pacientes em AD por Diabetes Melitus (DM) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	26	18	21	19	29

10.6 Proporção de pacientes em AD por Neuropatia ****	24	26	29	20	26
10.7 Proporção de pacientes em AD por Úlcera de pressão ****	12	22	24	20	26
10.8 Proporção de pacientes em AD por PAF/Acidente ****	10	13	12	9	8

Tabela 5 - Caracterização dos indicadores do RAAS-AD, na Unidade da Fundação Manoel da Silva Almeida do Hospital Maria Lucinda.

INDICADORES	PERÍODO DE COLETA				
	OUT 2013	NOV 2013	DEZ 2013	JAN 2014	FEV 2014
1. Taxa de óbito domiciliar	1,92%	0,00%	2,46%	0,59%	1,24%
2. Taxa de óbito declarado no domicílio	1,92%	0,00%	2,46%	0,59%	1,24%
3. Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em AD*	3,84%	3,75%	2,46%	3,59%	4,34%
4. Taxa de desospitalização	100%	100%	100%	100%	100%
5. Taxa de agudização dos pacientes em AD	0,00%	1,25%	0,61%	1,19%	1,24%
6.1 Taxa de alta em AD administrativa **	0	1	1	0	1
6.2 Taxa de alta em AD clínica **	1	6	4	6	6
7. Média de	52	53,33	54	55,66	53,66

pacientes em AD					
8. Média de atendimentos em AD por equipe	417,33	412,66	408,33	410,33	410
9. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	221	221	221	242	224
10.1 Proporção de pacientes em AD por Cuidados paliativos/ Câncer ***	20	20	20	22	25
10.2 Proporção de pacientes em AD por AVE ***	69	72	72	76	82
10.3 Proporção de pacientes em AD por Amputação ***	18	18	19	17	17
10.4 Proporção de pacientes em AD por Pé diabético ***	26	27	27	28	28
10.5 Proporção de pacientes em AD por DM ***	52	55	54	53	53

LEGENDAS

Tabela 3

*Indicador não calculado por falta de dados coletados.

** O método de cálculo foi alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta no quadro acima pretende mostrar N^o total de pacientes em AD que tiveram alta e não a taxa ou proporção.

Tabela 4

*Indicador não calculado com internamentos nas primeiras 48 horas em AD.

** Indicador não calculado por falta de dados coletados.

*** O método de cálculo foi alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta no quadro acima pretende mostrar N^o total de pacientes em AD que tiveram alta e não a taxa ou proporção.

**** Método de cálculo alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta na descrição do indicador na Tabela 1 pretende mostrar N^o total de pacientes em AD por agravo ou condição e não a taxa ou proporção.

Tabela 5

*Indicador não calculado com internamentos nas primeiras 48 horas em AD.

** O método de cálculo foi alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta no quadro acima pretende mostrar N^o total de pacientes em AD que tiveram alta e não a taxa ou proporção.

*** Método de cálculo alterado com base na descrição do indicador, que conforme consta na descrição do indicador na Tabela 1 pretende mostrar N^o total de pacientes em AD por agravo ou condição e não a taxa ou proporção.

REFERÊNCIAS

1. Roubicek J, Salvatore A, Kavka G, Wiersba C. Servicio de internación domiciliar para pacientes com enfermedades agudas. Rev Panam Salud Publica. 1999;6(3):172–6.
2. Madigan EA, Curet OL. A data mining approach in home healthcare: outcomes and service use. BMC Health Serv Res. 2006;6:18.
3. Leme LEG, Dias MHMS. Serviço de Assistência Domiciliária: objetivos, organização e resultados. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia, 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 683-700.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – 2012. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa. p 7.
6. MaroldiMAC ,Caliari JS , Ponte LCRD , Figueiredo RM. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. Revista Cuidarte de Enfermagem. 2012 janeiro-junho; 6(1):24-29
7. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. Ações e Programas – Melhor em Casa. Leia mais sobre o INCA. 06 de setembro de 2013.
8. Doyle D. Domiciliary terminal care: demands on statutory services. J R Coll Gen Pract. May 1982; 32(238): 285-286, 290-291.

9. Fabrício SCC, Wehbe G., Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2004 Oct [cited 2014 Aug 06] ; 12(5): 721-726.
10. Kerber NPC, Kirchof ALC, Cezar-Vaz MR, Silveira RS. Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2014 Aug 06] ; 18(5): 1013-1019.
11. Silva KL, Sena RLJCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2014 Aug 05] ; 39(3): 391-397
12. Montalto, M., Lui, B., Mullins, A., and Woodmason, K. (2010). Medically-managed Hospital in the Home: 7 year study of mortality and unplanned interruption. *Aust. Health Review* **34**, 269–275.
13. Ministério da Saúde. Portaria no 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. *Diário Oficial União*. 26 mar 1998; Seção 1:106.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006* Disponível em: <[http:// e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=)
15. Frias PG, Figueiró AC, Navarro LM. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições in *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Organizadores: Samico et al. Rio de Janeiro – MedBook, 2010. p1-12.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde. Brasília, DF, 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação - CGSIRAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema. Brasília – Distrito Federal. Abril. 2012.