INDICADORES PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR - EXPERIÊNCIA NO ENSINO A DISTÂNCIA

Pelotas/RS Maio/2016

Elaine Thumé - UFPel - elainethume@gmail.com

Mariangela Uihmann Soares - UFPel - mariangela.soares@gmail.com

Louriele Wachs - UFPel - louriele@gmail.com

Deisi Soares Cardoso - UFPel - soaresdeisi@gmail.com

Alessander Osório - UFPel - alessanderosorio@gmail.com

Ana Claudia Gastal Fassa - UFPel - anaclaudia.fassa@gmail.com

Luiz Augusto Facchini - UFPel - luizfacchini@gmail.com

Tipo: RELATO DE EXPERIÊNCIA INOVADORA (EI)

Categoria: ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS

Setor Educacional: EDUCAÇÃO SUPERIOR, EDUCAÇÃO CONTINUADA EM GERAL

RESUMO

O trabalho apresenta uma proposta de indicadores para o monitoramento e avaliação dos cuidados aos idosos no domicílio. A atenção domiciliar ganha força dentro da estratégia de saúde do SUS à medida que diminui as internações hospitalares com potencial para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Nesse sentido, devido às altas taxas de morbidades e incapacidade, a população idosa é um dos grupos que mais se beneficia da internação domiciliar. O trabalho apresenta os indicadores propostos para capacitar médicos e enfermeiras para o monitoramento e avaliação na internação domiciliar de idosos. Os indicadores para a garantia da qualidade foram propostos após revisão da literatura sobre os instrumentos e indicadores utilizados em âmbito mundial. Serviços de boa qualidade auxiliam na recuperação da independência e a manutenção do idoso na comunidade reduzindo o custo em saúde ao prevenir institucionalizações. No início do acompanhamento é necessário avaliar as condições do ambiente domiciliar, de saúde dos indivíduos e as comorbidades, de modo a auxiliar no planejamento do cuidado e o estabelecimento de parâmetros para próximas avaliações. A avaliação ampliada inclui diferentes facetas da saúde do indivíduo e sua família, entre elas, o estado psicológico, funcional, o conhecimento relacionado com cuidados em saúde, a satisfação com o cuidado recebido, a aceitação e a participação do usuário na produção do cuidado. O debate sobre quais os melhores instrumentos e indicadores para monitorar a qualidade na assistência domiciliar precisa ser suscitado no país, incluindo os aspectos da estrutura dos serviços, do processo de trabalho e dos resultados. Esta necessidade é premente diante da expansão e consolidação da estratégia de saúde da família e da política de atenção domiciliar.

Palavras-chave: Idoso; Monitoramento; Avaliação; Educação a Distância

Introdução

A avaliação de políticas e programas de saúde é essencial no suporte à gestão, de modo a identificar problemas, reorientar ações e serviços e dimensionar o desempenho e a efetividade das práticas de saúde (1). Entretanto, sua institucionalização desafia gestores, pesquisadores e trabalhadores da saúde, principalmente na escolha de bases teóricas e metodológicas capazes de avaliar as complexas dimensões dos cuidados prestados aos indivíduos e populações. A qualidade da atenção em saúde no âmbito domiciliar tem sido uma preocupação crescente nos estudos avaliativos, com particular interesse no estabelecimento de indicadores de desempenho através da análise da estrutura e do processo do atendimento (2-5).

O domicílio como ambiente terapêutico diferencia-se da assistência hospitalar e em instituições de longa permanência pela natureza dos serviços prestados, por características próprias do indivíduo sob cuidado e pela presença dos cuidadores informais atuando de forma complementar (4,6). Indicadores capazes de captar estas nuances desafiam os esforços de avaliação da qualidade da atenção no ambiente domiciliar, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional e crescente predomínio das doenças crônicas (2,3,5).

Estudos têm identificado o incremento no acesso e na utilização de serviços de atenção básica à saúde e na assistência domiciliar (7-9). Outros estudos sobre a atenção domiciliar, utilizando abordagens descritivas e qualitativas, enfocam critérios de inclusão para o recebimento da assistência, a avaliação de risco individual, as características da demanda atendida, a participação dos cuidadores informais e a complexidade na mudança do modelo tecno-assistencial (10-13).

No Brasil, a expansão da assistência domiciliar ocorre com o Programa Melhor em Casa lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 e indicado para atender dificuldades temporárias ou definitivas de locomoção da casa à unidade de saúde, ou quando a atenção domiciliar é a mais indicada para o tratamento. O cuidado é realizado por equipes formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender de forma simultânea, em média, 60 usuários. Entretanto, permanece incipiente a avaliação da qualidade da assistência domiciliar, justificando assim, a necessidade de propor instrumentos, cujos dados possam indicar esta dimensão dos cuidados em saúde.

Objetivos

Este trabalho objetiva apresentar os indicadores propostos para avaliação e monitoramento da qualidade da atenção domiciliar prestada aos idosos, de modo a instrumentalizar através da educação à distância, os profissionais da saúde para o diagnóstico inicial da situação de saúde dos idosos, da rede de cuidadores e do ambiente domiciliar.

Referencial teórico

A preocupação com a qualidade na atenção à saúde prestada no domicílio teve início, nos Estados Unidos, na década de 1980, após a mobilização da sociedade frente a contínuas denúncias de maus tratos e abusos no cuidado domiciliar de idosos e a falta de padronização e supervisão na prestação de serviços entre as empresas prestadoras de cuidado domiciliar (2). Nos Estados Unidos, a assistência domiciliar em saúde é prestada por empresas privadas licenciadas, cujo objetivo principal é a prestação de assistência de enfermagem especializada, fisioterapia e terapia ocupacional, assistência social e cuidador auxiliar sob supervisão profissional para tratamento ou reabilitação dos pacientes no domicílio. As empresas recebem certificação através do *Medicare*,

um programa de seguro social para idosos com 65 anos ou mais de idade, implementado em 1965 através do *Social Security Act* e administrado pelo governo dos EUA. A certificação significa que o órgão cumpriu diretrizes federais específicas e critérios relativos à assistência ao paciente (5).

Até o final dos anos 1980, a avaliação estava centrada nas questões estruturais, incluindo aspectos administrativos, disponibilidade de recursos humanos e os estudos tinham como foco as políticas e procedimentos das empresas. O desafio era a inclusão de indicadores relacionados com o processo de trabalho, entre eles, a avaliação do paciente, o plano de cuidados proposto e a provisão de serviços individualizados. Também não havia consenso sobre as medidas de qualidade nos resultados e a melhor forma de implementar tal avaliação (3, 5).

Dois grupos de pesquisa se destacaram no estudo da qualidade da atenção domiciliar. O primeiro grupo, formado por pesquisadores vinculados a Universidade de Colorado, iniciou o desenvolvimento do instrumento denominado *Outcome and Assessment Information Set* (OASIS), no final dos anos 1980 e início dos anos 1990. O segundo grupo, denominado inter-RAI (*Resident Assessment Instrument*), foi formado por pesquisadores americanos vinculados a Universidade de Michigan, em parceria com pesquisadores canadenses, europeus e japoneses. Este grupo iniciou o estudo com residentes em casas geriátricas e, em 1993, estendeu a metodologia de avaliação da qualidade para a atenção domiciliar, propondo a utilização do instrumento denominado *Minimum Data Set- Home Care* (MDS-HC) (3-5, 14, 15).

Na elaboração do OASIS houve consenso sobre a necessidade de combinar indicadores de estrutura, processo e resultado, além de formar grupos homogêneos dos pacientes, de acordo com os problemas de saúde apresentados, facilitando assim, a comparação entre as empresas (3, 14).

Na construção do MDS-HC, alguns parâmetros foram estabelecidos, entre eles: ser baseado no paciente e apoiar o planejamento de cuidados; ter uso em diferentes países; servir como um manual de treinamento e referência para os profissionais responsáveis pelos cuidados no domicílio e apoiar ações multidisciplinares na organização e prestação do cuidado.

A capacidade de medir mudanças no estado de saúde dos pacientes e, portanto, acompanhar a evolução do estado de saúde ao longo do tempo foi uma preocupação comum nos dois grupos de pesquisa.

O OASIS contém um conjunto de dados sócio-demográficos, ambientais, sistema de suporte, estado de saúde, capacidade funcional e utilização de serviços de saúde. Os dados são coletados no início do acompanhamento, a cada 60 dias ou no momento da alta ou do encaminhamento para hospitalização. Atualmente, o OASIS é um componente fundamental na avaliação da qualidade da atenção domiciliar prestadas pelas empresas conveniadas com o *Medicare*. Com base nos dados coletados através do OASIS os profissionais identificam as necessidades e planejam a intervenção. Os desfechos são analisados de forma dicotômica: melhora ou estabilidade (16). Os desfechos relacionados a utilização de serviços são monitorados pela sua ocorrência. Ao todo, 41 indicadores monitoram a qualidade na atenção domiciliar (5), deste total, 12 indicadores comparam o desempenho entre as empresas.

Madigan & Fortinsky (17), realizaram uma avaliação psicométrica do OASIS (n=201). Foram avaliados os domínios funcional, afetivo e comportamental, acrescidos de um quarto item relacionado com avaliação clínica (presença de uma úlcera, dispnéia ou interferência na atividades diárias devido à dor). A confiabilidade foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach* e a estatística *Kappa* foi utilizada para avaliar a confiabilidade intra-observador. Também foi observada a validade de construto através da avaliação dos múltiplos itens que representam os domínios funcional, afetivo e comportamental. O domínio funcional mostrou ser

suficientemente confiável, com alta consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0,86 e 0,91, respectivamente na admissão e na alta) e o *Kappa* intra-observador aumentou em cinco dos seis itens entre a admissão e a alta. Os autores também avaliam que as evidências mostram forte validade de construto neste domínio. A análise dos domínios relacionados ao afeto e aos aspectos comportamentais mostraram-se inadequados e os autores sugerem revisão das escalas. O *Kappa* intra-observador mostrou boa consistência nestes domínios (acima de 0,80). Com relação aos itens da avaliação clínica, os autores destacam a dificuldade em identificar a confiabilidade intra-observador, especificamente com relação à dispnéia e dor. Os escores *Kappa* para esses itens foram inferiores a 0,75 tanto na admissão quanto na alta. A presença de úlcera mostrou um *Kappa* perfeito nas duas observações. Este achado pode ser devido a um dado objetivo para avaliação. Os autores sugerem novas avaliações psicométricas e comparações do domínio funcional do OASIS com escalas similares como, por exemplo, o índice de Katz (31).

O MDS-HC contém dados sócio-demográficos, escala para avaliação cognitiva, incluindo também aspectos da comunicação e visão, humor, bem-estar psicossocial, capacidade funcional, continência, diagnóstico de doenças, situação da saúde oral e nutricional, condição da pele, uso de medicamentos, suporte social, tratamentos e procedimentos, avaliação ambiental e situação na alta. Após avaliação e diagnóstico inicial, a metodologia disponibiliza 30 protocolos para a operacionalização do cuidado. Além de avaliar a qualidade nos resultados, o MDS-HC permite avaliar a elegibilidade para a inclusão na assistência domiciliar e o planejamento do cuidado. O MDS-HC tem sido utilizado por empresas norte-americanas, canadenses, europeias, japonesas, chinesas e australianas.

Morris e colaboradores (14) testaram a concordância inter-observador de 93 itens do MDS-HC em um total 241 idosos sob assistência domiciliar em cinco países: Austrália (10%), Canadá (11%), República Checa (4%), Japão (47%) e Estados Unidos (28%). Os idosos foram selecionados aleatoriamente e o instrumento foi aplicado no mesmo idoso por entrevistadores diferentes, com intervalo de sete dias entre as avaliações. Idosos sob assistência domiciliar tinham em média 79,6 anos, 60% eram mulheres, 62% apresentavam múltiplas morbidades e 24% recebiam serviço terapêutico. Foi observada baixa concordância (*Kappa* 0,75) na avaliação da memória e tomada de decisão, capacidade de comunicação, continência fecal e urinária, história de queda, uso de medicamentos e tratamentos.

Procedimentos metodológicos

Após revisão da literatura e sistematização dos achados, foram construídos instrumentos para disponibilizar em um módulo de educação a distancia sobre situações clínicas comuns em idosos. O público alvo é formado por médicos e enfermeiros, e os instrumentos disponibilizados incluíram a Avaliação Admissional, o Monitoramento e a Avaliação para Alta. O instrumento de Avaliação Admissional auxilia a elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS) adequado aos problemas identificados. Além disso, possibilita conhecer as características dos cuidadores e do domicílio, partindo do princípio que cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe considerando as especificidades técnicas, socioculturais e ações entre equipe, família e comunidade. A Avaliação Admissional serve como a 'linha de base' para, posterior monitoramento da evolução da situação de saúde durante o período no qual o idoso estiver sob cuidado das equipes de Atenção Domiciliar (AD). O PTS explicita os principais problemas de saúde, as medidas terapêuticas propostas, as responsabilidades da equipe de saúde, dos cuidadores e dos familiares e o tempo necessário para alcançar os tratamentos prescritos de modo a estimar o tempo de permanência em AD. A atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Após Avaliação Admissional e o estabelecimento do PTS recomenda-se o Monitoramento da situação de saúde dos idosos. A periodicidade poderá ser definida pela equipe com base no plano de cuidados. O monitoramento irá permitir registrar a evolução e possibilitar adequações no PTS inicial, verificando a necessidade de inclusão de novos profissionais de saúde, o declínio na saúde do cuidador, os riscos ambientais e a satisfação dos familiares com o trabalho dos profissionais.

A Avaliação para Alta além de verificar as condições de saúde do idoso no momento da alta possibilitará a identificação da qualidade do cuidado ofertado pelos serviços. A proposta é a construção de indicadores que permitam avaliar os aspectos funcionais, clínicos fisiológicos, utilização de serviços de saúde, o cuidador e as relações sociais. A satisfação dos usuários e cuidadores com o serviço ofertado também é recomendado na avaliação da qualidade da atenção.

Os instrumentos permitem coletar dados e construir indicadores para acompanhar aspectos funcionais, clínicos fisiológicos, utilização de serviços de saúde, cuidado familiar e relações sociais.

Apresentação e discussão dos resultados

Com relação aos Aspectos Funcionais os indicadores propostos incluem o monitoramento e avaliação da proporção de idosos:

- que apresentaram quedas ou fraturas durante período de atendimento domiciliar.
- que precisaram e receberam atendimento para reabilitação.
- reabilitados para realização de atividades da vida diária (AVD).
- reabilitados para preparar e tomar medicamentos.

Com relação aos Aspectos Clínicos Fisiológicos os indicadores propostos incluem a proporção de:

- ocorrência de novas feridas.
- piora na cicatrização de feridas pré-existentes.
- ocorrência de dor que impeça a realização de atividades da vida diária (AVD).
- pacientes que apresentaram desidratação.
- idosos com vacinação contra Influenza/H1N1.

Os indicadores propostos para a Utilização de Serviços de Saúde propõe a avaliação da proporção de idosos:

- atendimentos de emergência durante atendimento domiciliar.
- hospitalizados durante atendimento domiciliar.
- com revisão medicamentosa nos últimos 6 meses.

Com relação ao Cuidado Familiar e Relações Sociais a proposta é verificar a proporção de idosos com risco de

- Isolamento social.
- Falta apoio familiar.
- Situações de conflito.
- Negligência/Abuso.

Considerações finais

A prestação de cuidados de saúde de qualidade é parte vital do sistema de saúde. O recurso de formação a distancia pode auxiliar na capacitação dos cuidadores formais e informação de modo a ajudar os indivíduos a manter ou recuperar a autossuficiência evitando assim, a institucionalização. O uso da taxa de hospitalização como um indicador de qualidade era um ponto em comum dos instrumentos. Também era consenso a avaliação do impacto da assistência domiciliar sobre a capacidade funcional e controle da dor (18,20, 21, 22, 23).

A utilização da avaliação cognitiva, das taxas de vacinação contra Influenza e negligência ou abuso foram indicadores destacados nos estudos que utilizaram o MDS-HC (21, 23, 24). A inclusão destes indicadores representa avanços na avaliação da qualidade. A inclusão de indicadores relacionados com o recebimento de vacinação (influenza, pneumococco), intervenções no manejo da dor, exames dos pés, quedas e revisão das medicações tem valor potencial para a melhora da avaliação da qualidade (5).

Inclusão de indicadores capazes de medir a satisfação do paciente também estão em evidência, com perguntas que captem sua percepção sobre o processo de recebimento de cuidado. Dentre eles, destaca-se o tempo entre a solicitação do cuidado e o recebimento, a orientação sobre as medicações e a receptividade sobre as necessidades auto-percebidas. Também há necessidade de melhorar a avaliação da abordagem no cuidado de doentes crônicos, incluindo questões relacionadas com a qualidade de vida (5).

A educação a distancia é um recurso indispensável nas atividade de capacitação continuada de profissionais da saúde e possibilita a utilização de ferramentas com potencial para modificar o processo de cuidado dos pacientes e suas famílias.

Referências

1. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização, Brasília:MS; 2005.
2. Moore FM. What about the quality of care? *Caring Magazine*, 16-24, 1988
3. Kramer AM, Shaughnessy PW, Bauman MK, Crisler KS. Assessing and Assuring the Quality of Home Health Care: A Conceptual Framework. *The Milbank Quarterly* 1990;68(3):413-43.
4. Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 2004 Oct;44(5):665-79.
5. Rosati RJ. The History of Quality Measurement in Home Health Care. *Clin Geriatr Med* 2009;25:121-34.
6. Olsan TH, Shore B, Coleman PD. A Clinical Microsystem Model to Evaluate the Quality of Primary Care for Homebound Older Adults. *American Medical Directors Association*. [Review] June 2009;10:10.
7. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saúde Publ* 2009;43(4):604-12
8. Thumé E, Facchini LA, Wyschak G, Campbell P. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Health*. 2010; 0: AJPH.2009.184648v1
9. Duarte YAOD, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
10. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto enfermagem* 2006;15(4):570-77
11. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saude Publica*. 2006

- Aug;22(8):1629-38.
12. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública* 2010 Fevereiro, 2010;44(1):11.
 13. Shaughnessy PW, Crisler KS. Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Review* 1994;16(1):32.
 14. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter I, et al. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):1017-24.
 15. Shaughnessy PW, Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, Kramer AM, et al. Improving Patient Outcomes of Home Health Care: Findings from Two Demonstration Trials of Outcome-Based Quality Improvement. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1354-64.
 16. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jama*. 1963 Sep 21;185:914-9.
 17. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard JC, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E, et al. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009 Mar 20;62(3):235-42.
 18. Allen BL, Burt P, Roychoudhury C, Chen B. Analysis of OBQI Outcomes in Participating Michigan Home Health Agencies. *J Nurs Care Qual* 2004;19(2):149-55.
 19. Keepnews D, Capitman JA, Rosati RJ. Measuring patient-level clinical outcomes of home health care. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(1):79-85.
 20. Schneider JS, Barkauskas V, Keenan G. Evaluating home health care nursing outcomes with OASIS and NOC. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(1):76-82.
 21. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000 Dec;38(12):1184-90.
 22. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug;16(4):259-69.
 23. Doran DM, Hirdes J, Blais R, Baker R, Pickard J, Jantzi M. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from RAI-HC reporting system. *Journal of Nursing Management* 2009, 17, 165-174.
 24. Crisler KS, Baillie LL, & Richard AA (2000). Integrating OASIS data collection into a comprehensive assessment. *Home Healthcare Nurse*, 18, 249-254.