

Plano de gestão gerontológica em uma seguradora de saúde: Um relato de experiência da atuação de uma equipe interprofissional em um atendimento domiciliar

Gerontological management plan in a health insurance company: An experience report of the performance of an interprofessional team in home care

Plan de manejo gerontológico en una compañía de seguros de salud: Informe de experiencia del desempeño de un equipo interprofesional en la atención domiciliar

Tania Mara Mazurok
Evany Bettine de Almeida
Thais Bento Lima da Silva

RESUMO: O termo Assistência Domiciliar, “nome genérico dado a qualquer serviço de saúde realizado no domicílio do paciente por profissional habilitado” (NEAD, 2006), emergiu como proposta de desospitalização decorrente do aumento no número de pacientes com indicação de seguimento do tratamento extra-hospitalares. Consiste em “um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio” (RDC n.º 11, ANVISA) e realizado por “profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente, em seu domicílio” (RDC n.º 11, ANVISA). No artigo, será apresentada intervenção da equipe interdisciplinar de uma seguradora de saúde em conjunto com o prestador de atendimento domiciliar a uma paciente idosa portadora de doenças crônicas.

Palavras-chave: Idoso; Atenção domiciliar; Equipe interdisciplinar.

ABSTRACT: *The term Home Care, "generic name given to any health service performed at the patient's home by a qualified professional (NEAD, 2006)", emerged as a proposal for dehospitalization due to the increase in the number of patients with indication for follow-up of extra-hospital treatment. It consists of "a set of outpatient activities, scheduled and continued, developed at home" (RDC n.º 11, ANVISA) and carried out by "professionals who make up the technical team of home care, with the function of providing clinical and therapeutic assistance and psychosocial treatment to the patient, at home". (RDC n.º 11, ANVISA). The article presents the intervention of the interdisciplinary team of a health insurer together with the home care provider to an elderly patient with chronic diseases.*

Keywords: *Elderly; Home care; Interdisciplinary team.*

RESUMEN: *Cuidados en el hogar "nombre genérico que se le da a cualquier servicio de salud realizado en el domicilio del paciente por un profesional calificado (NEAD, 2006)". Surgió como una propuesta de deshospitización por el aumento del número de pacientes con indicación de seguimiento de tratamiento extrahospitalario. Consiste en "un conjunto de actividades ambulatorias, programadas y continuadas, desarrolladas en el domicilio" (RDC n.º 11, ANVISA) y llevadas a cabo por "los profesionales que integran el equipo técnico de atención domiciliaria, con la función de brindar asistencia clínica y terapéutica tratamiento psicosocial al paciente, a domicilio ". (RDC n.º 11, ANVISA). En el artículo, se presentará una intervención del equipo interdisciplinario de una aseguradora de salud junto con el proveedor de atención domiciliaria a un paciente anciano con enfermedades crónicas.*

Palabras clave: *Anciano; Cuidados en el hogar; Equipo interdisciplinario.*

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), "idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais"; e para o provimento de políticas públicas esse limite mínimo pode variar de acordo com as condições de cada país, pois além da idade cronológica, é importante considerar as variações relacionadas a condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos. O Brasil possui o mesmo entendimento da OMS, que está presente na Política Nacional do Idoso instituída pela Lei Federal 8.842, de 1994, e no Estatuto do Idoso (Lei 10.741), de 2003.

Segundo o IBGE, desde 2016, o Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, com mais de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e esse número representa 13% da população do país, que já ultrapassa a marca dos 210 milhões e, como divulgado em 2018 pela Projeção da População do mesmo Instituto, essa porcentagem de idosos tende a crescer nas próximas décadas. O cenário segue uma tendência mundial e, segundo a OMS, os idosos poderão somar dois bilhões até 2050, correspondendo a um quinto da população mundial, atualmente estimada em 7,7 bilhões.

Paralelamente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 indicou que 15,6% dos idosos com 75 anos ou mais, apresentavam limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária, a qual se entende como “a falta de autonomia do indivíduo em seu poder de decisão, estando relacionada às funções cognitivas e à independência para a realização das atividades diárias instrumentais e básicas” (Brasil, 2006).

A limitação funcional de uma pessoa idosa pode ser determinada através da aplicação da Avaliação de Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As AVD são tarefas básicas de autocuidado, parecidas com as habilidades que aprendemos na infância, que incluem: alimentar-se; ir ao banheiro; escolher a roupa; arrumar-se e cuidar da higiene pessoal; manter-se continente; vestir-se; tomar banho; andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas). Enquanto as AIVD são habilidades complexas necessárias para se viver de maneira independente, habilidades estas que são geralmente aprendidas durante a adolescência e incluem: gerenciar as finanças; lidar com transporte (dirigir ou navegar o transporte público); fazer compras; preparar refeições; usar o telefone e outros aparelhos de comunicação; gerenciar medicações; manutenção das tarefas domésticas e da casa. Juntas, as AVD e AIVD representam as habilidades que as pessoas geralmente precisam ter para viver como adultos independentes (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015).

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra (Veras, 2012); sendo assim, além das limitações funcionais, sabe-se que é necessário considerar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. As doenças de maior impacto para a saúde pública são: doenças cerebrovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e, doenças respiratórias obstrutivas (OPAS Brasil).

Das DCNT, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença cerebrovascular que consta entre as DCNT, “é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo também umas das maiores causas de mortalidade no mundo, e uma das principais causas de internações” (Giles, & Rothwell, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015 foi a principal causa de incapacidade no Brasil com uma incidência anual de 108 para cada 100 mil habitantes, além de ser responsável por um número considerável de internações no país.

A incapacidade ocasionada pelo AVC requer ações e cuidados de reabilitação, tanto para condições de saúde crônicas quanto agudas e, para aqueles pacientes que apresentam limitações para o deslocamento até um serviço de saúde, é necessário buscar alternativas para que recebam o suporte adequado de equipe técnica especializada no domicílio. Nesse contexto, segundo a Anvisa (Brasil, 2006), é indicado o atendimento domiciliar, que envolve assistência no domicílio, de caráter ambulatorial, programadas e continuadas.

As atribuições dos profissionais estão obviamente relacionadas às suas competências técnicas e atuam em situações diversas, assim como quanto aos casos sócio-familiares que interferem negativamente na reabilitação de um paciente.

A atuação da equipe interdisciplinar, em crises no contexto da assistência domiciliar, envolve vários atores e não apresenta um alvo claro de intervenção, cujo objeto, neste cenário, não é de fácil compreensão por parte da equipe de assistência domiciliar, a despeito dos conflitos possíveis na triangulação entre prestadores de assistência, família e seguradora.

Desse modo, as múltiplas intervenções da equipe interdisciplinar visam a contribuir para a definição do melhor suporte, sendo fundamentais, para o embasamento técnico, componentes como: os relatórios gerenciais do prestador, a discussão técnica, a abordagem familiar para avaliação da rede de suporte e a visita domiciliar da equipe técnica com a reunião familiar, para o desenvolvimento da melhor estratégia, assim como a definição do Plano de Ação.

O objetivo deste artigo é apresentar a experiência e o relato de um caso, descrevendo a intervenção da equipe interprofissional do Setor de Atenção Domiciliar de uma seguradora de saúde, em conjunto com o prestador credenciado de atendimento domiciliar, responsável pela assistência domiciliar a uma paciente idosa portadora de doenças crônicas, pós-internação com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi).

Método

O estudo de caso ocorreu por meio de análise retrospectiva dos relatórios gerenciais da paciente, desde sua primeira avaliação no Pronto-Socorro em 02/07/2019, e o acompanhado pela equipe até sua institucionalização em ILPI (Instituição de Longa Permanência de Idoso) em 11/11/2019 em São Paulo, SP.

Instrumentos

A Assistência ou Atenção Domiciliar é um termo amplo dado ao serviço de saúde realizado no domicílio do paciente por profissional habilitado (Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar,- NEAD, até 2006). O atual modelo de assistência domiciliar emergiu como uma proposta a ser considerada na estratégia de desospitalização - em função das diversas mudanças que a sociedade brasileira passou no decorrer dos anos, desencadeadas pelas mudanças sociais -, e no sistema de saúde, e que necessitam do desenvolvimento e da expansão de serviços e espaços decorrentes do aumento no número de pacientes com indicação de seguimento dos tratamentos extra-hospitalares, dentre eles, o crescimento significativo do número de idosos portadores de doenças crônicas e degenerativas. Seguindo com a adesão de seus familiares e profissionais de saúde, envolvidos diretamente com a assistência, conforme indicação médica; e as ações e intervenções no domicílio ocorrem imediatamente após a identificação da fragilidade do paciente pela equipe visitadora e das possíveis estratégias de intervenção e das discussões da equipe técnica.

O principal critério, utilizado para desencadear uma intervenção da equipe interprofissional, é o nível de gravidade da doença, o risco assistencial para o paciente e as ferramentas terapêuticas disponíveis. Desse modo, as diferentes especialidades integrantes da equipe interdisciplinar se integram em prol de objetivos em comum: a melhoria da qualidade no atendimento e a reabilitação do paciente.

Para a elegibilidade do Atendimento Domiciliar, são utilizados critérios do NEAD, que têm sua definição técnica conforme aplicação da Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar, NEAD (anexo I).

Descrição do instrumento

Trata-se de um *score* que, de posse das informações clínicas do paciente, define o grau de complexidade e avalia o enquadramento na modalidade de assistência domiciliar. E a elegibilidade do Atendimento Domiciliar está associada à estabilidade clínica com avaliação da complexidade de assistência, cuidador presente no domicílio, estrutura do domicílio e acesso ao atendimento.

O Plano de Atendimento Domiciliar (PAD), então, é determinado pela equipe da seguradora de saúde, após conferência da indicação médica, de acordo com os resultados de aplicação do *Score* NEAD.

A indicação da Assistência Domiciliar está sujeita, exclusivamente, à necessidade do paciente, definida pela pontuação pelo *Score* NEAD.

Local de investigação

Através da Gestão de Casos, foram identificadas possíveis barreiras sócio-familiares como impeditivas para o adequado Atendimento Domiciliar e cumprimento do PAD indicado, assim como possíveis riscos assistenciais que envolviam rebaixamento do quadro, pela ausência de cuidador efetivo para cuidados adequados, tendo optado por visita técnica agendada com a presença da assistente social e enfermeira, ambas da seguradora de saúde, médico e assistente social, ambos do prestador responsável pela assistência domiciliar, que ocorreu no Município de São Paulo, estado de São Paulo.

Descrição do Caso

Paciente K.S., 77 anos, com diagnóstico principal de AVCi em junho de 2019, e como diagnóstico secundário, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Em julho de 2019, a paciente K.S., previamente hipertensa, sem seguimento com cardiologista, foi levada, para uma primeira avaliação, ao Pronto-Socorro (PS) de uma Instituição-Hospital (São Paulo/SPP), sendo feita a hipótese de estado confusional agudo secundário à Infecção do Trato Urinário (ITU). Recebeu alta, tendo piora da afasia e dificuldade para deambular, além de piora da funcionalidade. No mesmo mês, em segunda avaliação na

mesma instituição hospitalar, foi feita a hipótese de AVCi, o que se confirmou em exame de imagem, alteração de Pressão Arterial (PA) e descontrole glicêmico, optado pela internação.

No final de julho/2019, a instituição hospitalar enviou para a seguradora de saúde na qual a paciente era segurada, um pedido médico de atendimento domiciliar em nome da paciente K.S., para atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia domiciliar, sendo acionado o prestador credenciado da seguradora para avaliação da paciente.

A avaliação da paciente foi realizada por enfermeira do prestador, na instituição hospitalar, seguindo protocolo de avaliação clínica para definição do PAD (Plano de Atendimento Domiciliar).

Na avaliação, a paciente encontrava-se de alta hospitalar, acordada, orientada e afásica. Eupneica em ar ambiente (AA), dieta via oral (VO) assistida, sem engasgos. Deambula pouco com auxílio. Acuidade visual e auditivas prejudicadas, membros superiores (MMSS) com força motora preservadas, membros inferiores (MMII) com força motora prejudicadas e totalmente dependente para Atividades da Vida Diária (AVDs). Não possui dispositivos. Sistema Gênito-Urinário: Eliminações vesico-intestinais presentes em uso de fralda. Sem lesões, pele íntegra.

O mesmo profissional, responsável pela avaliação, entrevistou um familiar de referência (sobrinho), explicou sobre o PAD e todos os procedimentos relacionados ao atendimento domiciliar, assim como as condições necessárias para a transferência da paciente para o domicílio, entre elas, necessidade de cuidador, definido pela RDC n.º 11, Anvisa (Resolução da Diretoria Colegiada n.º 11, Agência Nacional de Vigilância Sanitária) como: “pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”, para o suporte domiciliar em período integral.

Na entrevista, o sobrinho relatou que, após ser alertado por conhecido que estranhou a maneira de falar da paciente ao telefone, notou que a mesma se encontrava apática, com dificuldades de expressar-se, fato que motivou sua avaliação no PS. Informou que a paciente K.S., solteira, sem filhos, e aposentada por tempo de contribuição. Até a hospitalização era autônoma e independente. Possui casa própria adquirida pela mesma. No domicílio residem o paciente, o sobrinho (estudante) e a cunhada (viúva, que trabalha durante o período matutino). As despesas da residência eram mantidas com a renda da idosa e de sua cunhada. Ambos os familiares passaram a residir na casa da idosa, após o falecimento do irmão da paciente há alguns anos.

Durante a entrevista de avaliação, o sobrinho solicitou suporte da equipe de enfermagem em período integral, ou o encaminhamento para um hospital de apoio pela seguradora. Foi

orientado de que o caso não era o indicado e, se fosse uma opção da família e da idosa, a via seria a institucionalização, para cuidados de longa duração mantidos por recursos próprios.

Aplicada a Tabela Escore NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar), que identificou a paciente como pertencente ao Grupo 1, ou seja, com critérios de elegibilidade, com cuidador efetivo presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função, domicílio com infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência, e paciente com condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Sendo a paciente elegível com critérios de apoios e indicação de planejamento de atenção domiciliar, devido à necessidade de alimentação e medicação por via oral assistida (1 ponto), escore de Katz (Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária), pontuou 0, que equivale a <2 = dependência total (2 pontos), medicação intramuscular ou subcutânea – prescrição de Insulina humalog SC SN (1 ponto) e nível de consciência – confusa/desorientada (1 ponto), totalizando 05 pontos que considerar procedimentos pontuais exclusivos.

Devido à identificação de possíveis barreiras sócio-familiares como impeditivas para a definição do PAD e de cuidados efetivos no domicílio, assim como a possibilidade de problemas futuros, considerando-se a fragilidade de suporte no cuidado, o prestador acionou a seguradora.

Conforme levantamento prévio da seguradora, a idosa é a titular do plano de saúde, que é intermediado pelo último empregador (distribuidora de gás), com desconto em folha de pagamento, sem dependentes.

Optou-se por uma abordagem social pré-implantação de atendimento domiciliar, de acordo com a assistente social da seguradora. No contato de acolhimento social, o sobrinho confirmou que, no domicílio, residiam somente os três familiares, sem outro suporte para auxiliar nos cuidados. Como verbalizou sua expectativa quanto à liberalidade de profissional de enfermagem pela seguradora, para auxílio nos cuidados, foi-lhe esclarecido de que não havia indicação técnica para este caso, conforme a Tabela NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar), ou a cobertura contratual para cuidador, ou internação domiciliar para horas de enfermagem. Assim como foi-lhe também informado que o médico assistente, que acompanhou o caso do paciente em sua hospitalização, indicou a esse paciente a terapia domiciliar. Após a orientação sobre a importância da reorganização familiar, mas diante da

impossibilidade dos cuidados familiares diretos, foi sugerida a contratação de cuidador, sendo enviadas, via e-mail, sugestões sobre uma agência de cuidadores.

Durante o contato, o familiar ficou sensibilizado quanto à alternativa de institucionalização em ILPI, possibilitando ao paciente cuidados efetivos; porém, a opção foi descartada pelo mesmo, justificando a falta de recursos financeiros, assim como a impossibilidade de contratação de cuidador. Diante da resposta da seguradora, e por questões econômicas, ele afirmou que, em conjunto com a mãe (cunhada da paciente), seria responsável pelos cuidados.

Devido à importância de suporte em período integral, quando questionado sobre a dinâmica do cuidado familiar, afirmou que ele próprio ficaria como cuidador no período matutino e sua mãe (cunhada), no período vespertino e noturno.

Após a alta, a paciente retornou para o domicílio, com indicação de PAD para fisioterapia, fonoaudiologia e visita médica mensal.

Logo após a implantação do atendimento domiciliar, o prestador informou à seguradora que as visitas estavam sendo monitoradas; porém, a paciente permanecia sozinha por um longo período de tempo todos os dias. O profissional de fisioterapia deveria realizar as sessões no período matutino, pois, no vespertino, a paciente ficaria sozinha e não teria condições de receber a equipe devido ao quadro clínico. A visita médica foi sinalizada e confirmada pela cunhada da paciente; porém, ao chegar no local, o médico não foi recebido, dado que a paciente encontrava-se sozinha na residência.

O prestador solicitou suporte da seguradora, pois a família embora orientada sobre o fato de que a paciente não deveria permanecer sozinha em nenhum período do dia, mesmo assim, tal situação continuava recorrente, caracterizando claramente a ausência de cuidados e supervisão familiar.

A equipe acionou a assistente social da seguradora que, após inúmeras tentativas, realizou uma nova abordagem com o sobrinho; familiar este que referiu que a paciente encontrava-se em recuperação, sem intercorrências com o prestador de atendimento domiciliar; Sobre a visita médica, esta foi cancelada por falta de familiar presente, justificando-se que o problema seria pontual, devido aos compromissos que impossibilitavam a presença dos familiares. Afirmou-se que os atendimentos foram ajustados para acontecerem no horário da presença dos familiares e se confirmou que a paciente permaneceria sozinha, ressaltando-se, porém, que seria por “breves períodos”. Reforçou-se a importância de a paciente não permanecer sozinha, visto o risco de intercorrência, sem suporte imediato.

Após as informações serem compartilhadas entre equipe da seguradora e prestador, em novo relatório, porém, o prestador sinalizou a persistência de episódios de visitas improdutivas, ainda que com horários agendados previamente com a família. Constavam ainda: dificuldades na iluminação da residência (o que poderia ocasionar episódios de quedas), má qualidade de higienização da idosa, assim como desorganização ambiental, além de problemas com a limpeza e assepsia dos móveis na residência. A idosa, de modo geral, permanecia acomodada em um sofá em um dos cômodos da casa, na sala, consciente, e respondendo somente em caso positivo ou negativo, corada, hidratada, acianótica. Mantinha-se a dieta caseira VO com restrição para diabetes e HAS, seguindo orientação de ingesta hídrica.

Quando o prestador entrevistou acerca de cuidados domiciliares, o familiar referiu que a paciente não se ajudava, não tinha força de vontade, dificultando sua recuperação, além de mostrar resistente ao uso de fraldas geriátricas.

Foi identificada uma lesão, maléolo esquerdo e estabelecido um plano de gestão gerontológica. Realizou-se uma psicoeducação com os familiares, os quais foram orientados quanto à importância de seus papéis nesse processo de reabilitação.

Diante do exposto pelo prestador, e considerando-se os riscos assistenciais que envolviam o rebaixamento do quadro, pela ausência de cuidador efetivo para os cuidados adequados, optou-se por uma visita técnica agendada com o sobrinho e com a presença de assistente social e enfermeira, ambas da seguradora, do médico e da assistente social, ambos do prestador responsável pela assistência domiciliar.

Outra paciente, K.S., 77 anos, com diagnóstico principal AVCi, recebeu a visita da assistente social e da enfermeira da seguradora. Na chegada, verificou-se que se tratava de um sobrado conservado, localizado em rua asfaltada com toda a infraestrutura. Após diversas chamadas no portão, a equipe foi recebida pelo sobrinho da paciente que, ao justificar sua demora para atender a equipe, alegou defeito na campainha da residência. Nesse local, residiam os três familiares; entretanto, no momento da visita, encontravam-se somente o sobrinho e a idosa. Ao adentrarmos, fomos conduzidas para sala onde se encontrava a paciente, sendo observado um ambiente com baixíssima luminosidade, cômodo desorganizado, com roupas e sacolas em volta do sofá em L, no qual a paciente encontrava-se acomodada. Assim que entramos no cômodo, a paciente sentou-se e dobrou sozinha sua coberta, permanecendo no mesmo local durante toda a visita. Segundo o familiar, a paciente mantém-se no sofá por opção própria e, apesar de demonstrar entendimento ao que se discutia nessa ocasião, não se expressou nem respondeu a qualquer pergunta da equipe.

Dentro da rotina, o familiar referiu que, diariamente, a paciente permanece assistindo à TV, não tendo outra atividade, ratificando que ele não tem por hábito estimular a paciente a outra atividade, e a quem define como “preguiçosa”.

Demonstrou, claramente, que não tem vínculo afetivo para os cuidados com a paciente mas, sim, sente-os como uma obrigação pelo histórico progresso de vida familiar.

Informou que a paciente se movimenta sem auxílio de andador, mas somente quando de seu próprio interesse (novamente, designando-a como preguiçosa), referiu ainda que ela costuma ir sozinha até a cozinha para preparar alimentos simples, como cozinhar um ovo ou cortar uma laranja. As refeições são preparadas pelos familiares.

Confirmou que os cuidados são revezados entre ele (sobrinho, jovem, atualmente desempregado, com curso em andamento no período vespertino) e a cunhada (no momento da visita encontrava-se no trabalho, não esclarecendo que tipo de atividade).

Constatou-se que paciente fazia uso de fralda, necessitando de auxílio para banho e higiene, acompanhados pela cunhada.

O sobrinho afirmou ser responsável pela administração dos medicamentos da idosa, conforme foi verificado pela enfermeira da seguradora, que se encontravam separados e organizados na estante da sala, condizentes com o receituário encadernado, junto ao prontuário do prestador da assistência domiciliar, no mesmo local.

Sem relato ou histórico de intercorrências clínicas ou episódios de quedas da própria altura, após a implantação do atendimento domiciliar, o familiar confirmou que a paciente permanecia sozinha por breves períodos, e citou um episódio em que a paciente subiu as escadas, sem auxílio.

No decorrer da abordagem, o familiar demonstrou grande expectativa com a recuperação e a reabilitação da paciente, para que ele pudesse retomar suas atividades regulares, justificando que, no momento, encontra-se restrito aos cuidados da paciente.

O segundo momento da visita, ocorreu com a chegada da médica coordenadora e da assistente social do prestador da assistência domiciliar, sendo retomadas as questões descritas acima, com vistas à prescrição médica e medicações em uso.

Encaminhamentos e desfechos

No decorrer da visita, foi observado pela equipe que o familiar dispunha de pouco entendimento sobre o quadro de fragilidade da paciente idosa acometida por sequelas de AVCi, sendo reforçado quanto à necessidade da manutenção dos cuidados por tempo integral e indeterminado, considerando-se os riscos de intercorrência na ausência de supervisão, principalmente risco de queda, além de outros fatores, como a idade avançada; a baixa aptidão física; a fraqueza muscular de MMII; o equilíbrio diminuído; a marcha lenta com passos curtos; o comprometimento cognitivo.

Para garantir que o PAD proposto fosse cumprido, foi acordado, em conjunto com prestador e familiar, que as sessões de fisioterapia ocorreriam no período matutino, para não haver falhas, por falta de familiar para atender o profissional; e que as demais visitas seriam previamente agendadas com os familiares.

A familiar foi informada de que o prestador revisaria a prescrição, considerando-se que, na última prescrição, não constava medicação antihipertensiva. Entretanto, como foi evidenciado um quadro apático não responsivo, o médico visitador (“o médico designado pelo corpo clínico da instituição prestadora de atenção domiciliar responsável pelo gerenciamento do caso e que realiza visitas periódicas no domicílio, auxiliando ou substituindo o médico assistente, quando necessário (Nead”)), iria avaliar a indicação de antidepressivo à paciente.

Novamente foi sugerida a institucionalização em ILPI, objetivando-se os cuidados integrais e, ao contrário das primeiras abordagens sobre o assunto, a familiar demonstrou interesse e aceitação, não descartando tal possibilidade; reiterou, porém, que a família dispunha de poucos recursos financeiros para esse custeio, sendo oferecido suporte da assistente social da seguradora e do prestador para a busca de instituições na região do domicílio, a Zona Norte da cidade de São Paulo.

Ao término da visita, a equipe informou à familiar que as demandas relacionadas à assistência domiciliar seriam revistas com o prestador.

É importante salientar que, na visita, não foram identificados sinais de maus-tratos que justificassem uma notificação ao Conselho do Idoso; porém, observou-se que não havia vínculo afetivo que pudesse contribuir para os cuidados efetivos, tanto que o suporte apresentava deficiências e que estas deveriam ser superadas.

Em 13/09/2020, a assistente social da operadora encaminhou à familiar as sugestões de ILPIs na região da Zona Norte/SP. Os familiares avaliaram as opções, custos e benefícios, optando pela transferência da paciente para a ILPI indicada, que ocorreu em 11 de novembro de 2019, que foi acompanhada pela assistente social do prestador de atendimento domiciliar. A paciente encontra-se institucionalizada e o acompanhamento via prestador de atendimento domiciliar mantido pela seguradora, segundo o PAD indicado. Conforme o relatório do prestador, a paciente ora se apresenta com suporte clínico e estímulos cognitivos na instituição, o que contribui para sua reabilitação.

Discussão

A definição do cuidado é indissociável de sua integralidade, “é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (Pinheiro, & Guizardi, 2004).

O paciente idoso, portador de doença crônica, exige uma gestão de cuidado integrado, que está relacionado ao cuidado com qualidade adequada, com a participação interprofissional na busca de um objetivo em comum, fundamental para uma atenção mais integral à saúde, por conta de uma ou mais equipes, que pode estar localizada em uma ou em diversas unidades de saúde:

“A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos. (Grabois, 2011).

O acesso de um paciente às linhas de cuidado pode ser pela vida do consultório, ou pela porta de urgência ou internação por outro motivo ou agravo, o que motiva a organização da linha de cuidado, gênero, patologias ou problemas de saúde. Dependendo do fator, serão definidas possibilidades de cuidados necessários à abordagem das necessidades e riscos presentes em cada um destes fatores, e que serviços podem oferecer tais cuidados, trajetórias possíveis nesta linha de cuidado e diretrizes voltadas aos fatores que motivam a organização da linha de cuidado.

Diante desse contexto, a Atenção Domiciliar surge como uma alternativa na linha de cuidado “para pacientes que não têm condições de se locomoverem até os serviços de saúde para receberem o atendimento, tornando possível que o domicílio se transforme em espaço para a produção do cuidado, possibilitando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (Feuerwerker, & Merhy, 2008). E consiste em um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio” (RDC n.º 11, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA).

O Atendimento Domiciliar, “nome dado à visita ou procedimento realizado no domicílio do paciente por profissional habilitado na área de saúde, como alternativa ao atendimento ambulatorial. Pode ser isolado ou periódico e é prestado à quem não necessite de hospitalização. (Nead, até 2006)” e, para garantir um atendimento domiciliar adequado ao paciente, a seguradora de saúde, em conjunto com um prestador de assistência domiciliar credenciado, busca, através de uma gestão de cuidado integrado, incorporar ações de prevenção e educação em relação às doenças agudas e crônicas apresentadas por um paciente idoso.

A admissão do paciente, na Atenção Domiciliar, é um “processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD) e início da prestação da assistência ou internação domiciliar (RDC n.º 11, ANVISA)”;

sendo os princípios da Atenção Domiciliar: a abordagem integral à família, o consentimento da família, a participação do usuário, a existência de um cuidador (pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, com a orientação da equipe de saúde), o trabalho em equipe interdisciplinar e o estímulo a redes de solidariedade (Ministério da Saúde, Portaria n.º 963).

O Atendimento Domiciliar é realizado conforme Plano de Atenção Domiciliar, “documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente, em seu

domicílio, desde sua admissão até a alta (RDC n.º 11, ANVISA)”; e é realizado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, que é constituída de “profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente, em seu domicílio (RDC n.º 11, ANVISA).

E, dentro dessa gestão de cuidado integrado, “oferecer a melhor experiência de cuidado” significa conhecer as particularidades da saúde no idoso (Moraes, 2017), dado que há inúmeros fatores que interferem na efetividade de um determinado serviço ou ação de saúde. Dentre eles, podem-se destacar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde e a capacidade de identificar riscos e vulnerabilidade.

Considerar riscos e vulnerabilidade relativos ao paciente e sua família é de fundamental importância e pode contribuir para que se estabeleçam as prioridades no atendimento, no desenho de um plano terapêutico, na adoção de determinados protocolos clínicos e na forma de organizar o cuidado.

Como exemplo de gestão do cuidado integrado, que está relacionado ao cuidado com qualidade adequada e com a participação interprofissional, podemos destacar a visita domiciliar, que pode ser definida como “um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial” (Kawamoto, Santos & Matos, 1995). Ao identificar qualquer fragilidade no atendimento, intervenções devem ser aplicadas no sentido da adequação e da recuperação do atendimento ao paciente. Constitui-se como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros de uma equipe de saúde, à medida que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família. Assim, a visita é um importante instrumento, o qual proporciona ao profissional o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais onde trabalha (Santos, & Cunha, 2017).

Considerações finais

O Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, cujas doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implica na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (Mendes, 2011).

Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde.

Acredita-se que compreender as necessidades de um paciente inserido no seu contexto socioeconômico familiar, assim como as fragilidades da dinâmica de seu núcleo familiar, permite uma melhor gestão do cuidado integrado, que está relacionado ao cuidado com qualidade adequada e com a participação interprofissional para planejar intervenções baseadas em suas particularidades, para manejo adequado de um paciente.

Definido como um método de investigação qualitativa, o estudo de caso constitui na observação de um contexto específico (o caso). É quando se busca identificar as fragilidades sociais e descrever as ações que foram tomadas, com base na história pregressa, que inclui informações referentes aos diagnósticos prévios, internações e procedimentos diagnósticos, assim como os fatores contextuais levantados, que incluem a avaliação sociofamiliar, avaliação do cuidador e a segurança ambiental e a fragilização do suporte familiar, quando insuficiente.

O objetivo deste artigo foi apresentar a experiência e o relato de um caso, descrevendo a gestão do cuidado integrado e a intervenção da equipe interprofissional do Setor de Atenção Domiciliar de uma seguradora de saúde, em conjunto com o prestador credenciado de atendimento domiciliar, responsável pela assistência domiciliar a uma paciente idosa portadora de doenças crônicas, pós-internação com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi).

Por tratar-se de um estudo de caso que aprofundou uma realidade específica, com análise e plano ação pontual, destaca-se, como principais limitações do estudo, o aprofundamento do histórico biopsicossocial pregresso da paciente e o tempo de acompanhamento da paciente participante da intervenção, o que não permitirá avaliar se as ações resultarão benéficas e duradouras em longo prazo.

Não foi possível abordar todas as questões relacionadas à temática; dentre as limitações encontradas, apresenta-se a impossibilidade de generalizar os resultados obtidos com conclusões específicas para o caso estudado. Para tal, seria necessária uma metodologia mais apurada e mais tempo para coleta e análise dos dados.

Por estar vinculado ao cenário atual e a vertentes do envelhecimento, este estudo poderá instigar ou subsidiar discussões e possibilita reflexão quanto à importância de novas perspectivas da gestão do cuidado integrado e intervenção da equipe interprofissional, pois dificilmente é um assunto que se esgota, dado que reforça a importância de iniciativas de cuidados e intervenções de cunho integral e humanizado, que possibilite a qualidade do suporte ao idoso e a integralidade do cuidado.

Referências

Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. (2006). Rio de Janeiro, RJ: ANS.

Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. (2011). Rio de Janeiro, RJ: ANS.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (2006). Brasília. *Caderno de Atenção Básica*. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

Relatório Anual de Atividades da Anvisa Ministério da Saúde. (2006). Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_atividades_2006_anvisa.pdf.

Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 24(3), 180-188. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>.

Frank, E., Santos, S. M. A., Assman, A., Alves, K. L., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. Porto Alegre, RS: *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 123-134. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4816>.

Giles, M. F., & Rothwell, P. M. (2008). *Measuring the prevalence of stroke.* *Neuroepidemiology*, 30, 205-206. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/126913>.

Grabois, V. (2011). Gestão do cuidado. In: Gondim, R., Grabois, V., & Mendes Junior, W. V. (Orgs.). *Qualificação dos Gestores do SUS*. (pp. 153-190, 2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/ENSP/EAD. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf.

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços Domiciliares, NEAD. (1990). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.neadsaude.org.br/>.

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços Domiciliares, NEAD. (1990). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.neadsaude.org.br/glossario>.

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços Domiciliares, NEAD. (1990). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-final-site.pdf>.

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços Domiciliares, NEAD. (1990). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-final-site.pdf> .

Organização Pan-Americana de Saúde. (1902). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid.

Kawamoto, E. E., Santos, M. C. H., & Matos, T. M.. (1995). *Enfermagem Comunitária: visita domiciliária*. São Paulo, SP: EPU.

Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. Porto Alegre, RS: Solo editoração e design gráfico Ltda.

Mendes, E. M. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde.

Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. (2013). Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 27 de novembro de 2020, de <https://www.conass.org.br/ci-n95-publicada-a-portaria-gm-n963-que-redefine-a-atencao-domiciliar-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude/> .

Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Pan-Americana de Saúde. (1902). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463#:~:text=%7C%7C%7C%7C-,%3A%3A%20Conceito,mortalidade%20que%20afeta%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o.

Agência Brasil. (1946). Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/avc-90-dos-casos-decorrem-de-fatores-que-podem-ser-prevenidos>.

Moraes, E. N. (2017). Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 307- 308. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170061>.

Oliveira, R. G. (2009). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp.

Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2004). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec.

Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006. (2006). Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html.

Santos, G. S., & Cunha, I. C. K. O. (2017). Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 17(7), e1271. Recuperado em 25 agosto, 2020, de: DOI: 10.19175/recom.v7i0.1271.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (1966). Recuperado em 25 agosto, 2020, de: <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/atividades-da-vida-diaria-o-que-sao/>.

Veras, R. P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista Saúde Pública*, 46(6), 929-934. Recuperado em 25 agosto, 2020, de: DOI: 10.1590/S0034-89102012000800001.

Tânia Mara Mazurok - Graduada em Serviço Social, Universidade São Francisco. Pós-Graduada em Gerontologia, Faculdade Paulista de Serviço Social, FAPSS.

E-mail: tania.mazurok@yahoo.com.br

Evany Bettine de Almeida – Gerontóloga, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Docente da Universidade da Terceira Idade USP 60+, Mestre em Filosofia e Doutoranda em Ciências, pela mesma Universidade. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade Paulista de Serviço Social, FAPSS.

E-mail: eva.bettine@gmail.com

Thais Bento Lima da Silva - Docente do Curso de Bacharelado em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade Paulista de Serviço Social, FAPSS.

E-mail: gerontologathais@gmail.com

Anexo

I

nead

Data da Avaliação: ____/____/____
 Nome do Paciente: _____
 Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____
 Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE

| ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Apresenta Cuidador em período integral? | | |
| O domicílio é livre de risco? | | |
| Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada? | | |

Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.

GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

| | PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | | |
|---|---------------------------------|------------------|---|
| | 24 HORAS | 12 HORAS | ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS |
| ALIMENTAÇÃO PARENTERAL | Por mais de 12 horas/dia | Até 12 horas/dia | Não utiliza |
| ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES | Mais de 5 vezes/dia | Até 5 vezes/dia | Não utiliza |
| VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO | Por mais de 12 horas/dia | Até 12 horas/dia | Não utiliza |
| MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE | Mais de 4 vezes/dia | | Até 4 vezes/dia |

Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.

GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

| ESTADO NUTRICIONAL | 0 | 1 | 2 | 3 | POR SNG/SNE * |
|---|---|---|---|---|---------------|
| ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL | 0 EUTRÓFICO | 1 SOBREPESO/EMAGRECIDO | 2 OBESO/DESNUTRIDO | | |
| KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2) | 0 SEM AUXÍLIO | 1 ASSISTIDA | 2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA | 3 | |
| INTERNACIONES NO ÚLTIMO ANO | 0 INDEPENDENTE | 1 DEPENDENTE PARCIAL | 2 DEPENDENTE TOTAL | | |
| ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES | 0 0 - 1 INTERNAÇÃO | 1 2 - 3 INTERNAÇÕES | 2 > 3 INTERNAÇÕES | | |
| LESÕES | 0 AUSENTE | 1 ATÉ 5 VEZES AO DIA | 2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA | | |
| MEDICAÇÕES | 0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES | 1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO | 2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS | | |
| EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS | 0 VIA ENTERAL | 1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA *** | 2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE | | |
| USO DE OXIGENIOTERAPIA | 0 AUSENTE | 1 INTERMITENTE | 2 CONTÍNUO | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | 0 ALERTA | 1 CONFUSO/DESORIENTADO | 2 COMATOSO | | |

PONTUAÇÃO FINAL:

| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
|---------------------------|---|-------------------|--------------------------------------|
| Até 5 Pontos | Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas | De 12 a 17 Pontos | Considerar Internação Domiciliar 12h |
| De 6 a 11 Pontos | Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos) | 18 ou mais Pontos | Considerar Internação Domiciliar 24h |

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica ** Consulte ESCORE KATZ no verso. *** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes



TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

| ESCORE DE KATZ | | | | | |
|-----------------------------|---|--------|--|------|------------------------|
| ATIVIDADES | INDEPENDÊNCIA 1 PONTO <small>(sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)</small> | | DEPENDÊNCIA 0 PONTO <small>(com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)</small> | | |
| BANHAR-SE | BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA. | | NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO. | | |
| VESTIR-SE | PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS. | | NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO. | | |
| IR AO BANHEIRO | DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA. | | NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOLOU COMADRE. | | |
| TRANSFERÊNCIA | SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS. | | NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA. | | |
| CONTINÊNCIA | TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR). | | É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA. | | |
| ALIMENTAÇÃO | LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA. | | NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL. | | |
| | | | | | PONTUAÇÃO KATZ: |
| CLASSIFICAÇÃO KATZ | | | | | |
| 5 OU 6 | INDEPENDENTE | 3 OU 4 | DEPENDÊNCIA PARCIAL | < 2 | DEPENDENTE TOTAL |
| Assinatura e Carimbo | | | | Data | _/_/___ |
| INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO | | | | | |