

Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal

Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff

Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas¹
Helena Eri Shimizu²

Descritores

Serviços de assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem; Assistência domiciliar; Enfermagem em saúde pública; Recursos humanos em saúde; Downsizing organizacional

Keywords

Home care services; Nursing care; Home care; Public health nursing; Health manpower; Personnel downsizing

Submetido

14 de Setembro de 2014

Aceito

22 de Outubro de 2014

Autor correspondente

Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas
Setor de Áreas Isoladas Norte, Fim da
Asa Norte Bloco B, Brasília, DF, Brasil.
CEP: 70086-900
leocastro.df@terra.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500007>

Resumo

Objetivo: Analisar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em assistência domiciliar.

Métodos: Estudo exploratório e descritivo, que incluiu 214 pacientes. Após a definição dos principais procedimentos, os mesmos foram cronometrados por observadores treinados, que coletaram os dados em 2009 e 2010. Houve a observação de 245 visitas domiciliares e 441 procedimentos.

Resultados: Dos procedimentos categorizados como assistência direta, destacou-se o tempo gasto pela equipe de enfermagem que foi de 30,2h, seguido por 11,9h gastas pelo fisioterapeuta, 9,4h pelo nutricionista e 8,9h pelo médico; e como assistência indireta, representada pelo deslocamento da equipe e orientação ao cuidador, família e/ou paciente, verificou-se que foram gastas 65,3h e 20,3h, respectivamente.

Conclusão: A análise do tempo gasto na assistência domiciliar revelou a complexidade desse modelo de atenção e a potencialidade para subsidiar o dimensionamento de pessoal, bem como a reorganização do serviço.

Abstract

Objective: To analyze the time spent by the health multidisciplinary team assisting patients in home care.

Methods: An exploratory descriptive study that included 214 patients. After defining the main procedures, they were timed by trained observers who collected the data in 2009 and 2010. In total, 245 home visits and 441 procedures were observed.

Results: Among the procedures categorized as direct assistance, the highlight was the time spent by the nursing staff, of 30.2 hours, followed by physiotherapists with 11.9h, dieticians with 9.4h and physicians with 8.9h. Indirect care was represented by the displacement of staff and guidance to the caregiver, family and/or patient, which consumed 65.3 hours and 20.3h, respectively.

Conclusion: The analysis of time spent in home care revealed the complexity of this model of care and the potentiality to subsidize the sizing of staff, as well as the reorganization of the service.

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem resurgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e da epidemiológica, caracterizadas especialmente no Brasil por: redução da mortalidade infantil; declínio acentuado da fecundidade; aumento da esperança de vida ao nascer; rápido processo de envelhecimento populacional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; tal situação de saúde, aliada ao desenvolvimento de novas tecnologias, entre outros fatores, tem elevado os custos assistenciais desses pacientes, que necessitam de assistência contínua em diferentes níveis de complexidade.⁽¹⁾

Dessa forma, a assistência domiciliar reafirma-se como uma das alternativas para a internação hospitalar, pelo potencial de inovação do modelo tecno-assistencial vigente, consubstanciando-se na integralidade e continuidade do cuidado, viabilizando: qualidade e humanização da atenção; trabalho em equipe voltado para a clínica ampliada; desenvolvimento de vínculo e participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção de projetos terapêuticos singulares; redução de internações e re-internações, com liberação de leitos hospitalares e, conseqüentemente, diminuição de custos da assistência.⁽²⁻⁵⁾

Com o intuito de regulamentar essa modalidade assistencial, já validada em outros países, porém ainda pouco consolidada no serviço público do Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - em 2011, tendo publicado recentemente a Portaria nº. 963/2013, na qual reafirma a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e de média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência e complementar à Atenção Básica.

Nesse sentido, a assistência domiciliar no sistema público apresenta-se como inovação que requer novas tecnologias de cuidados, pois propõe a se dar de forma humanizada e vinculante, com plano assistencial usuário-centrado de natureza multidisci-

plinar, o que coloca o desafio de constituir equipes de saúde com dimensionamento e tempo adequados para prestar assistência de qualidade.

Todavia, depara-se com a dificuldade de se explicitar, sobretudo para os gestores, o quantitativo de pessoal necessário, bem como o número de pacientes possíveis de serem cuidados por uma equipe, considerando-se a especificidade de cuidados dessa modalidade assistencial.

A revisão bibliográfica demonstrou escassez de estudos voltados para o tema, sendo consubstanciados basicamente em métodos para classificar pacientes em atenção domiciliar utilizados em outros países e em experiências brasileiras, fundamentados na carga de trabalho de enfermagem, dirigidos aos pacientes internados em hospitais. Outros instrumentos existentes têm como propósito determinar as intervenções nos pacientes atendidos em assistência domiciliar, dentre os quais: *Catalogue de Prestations de Soins* da *Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile* utilizado na Suíça e instrumentos da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar e do Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar.

Esses dispositivos, apesar de pontuarem de forma prática a organização dos serviços, abrangem o dimensionamento de profissionais eminentemente de enfermagem, por meio da listagem e/ou duração temporal de atividades específicas de serviços de assistência domiciliar privados, inclusive os de alta complexidade, para fins de pagamento de procedimentos e/ou horas de trabalho, o que caracteriza o modelo *Manage Health Care*, centrado na racionalidade gerencial e financeira de convênios, planos e seguros de saúde.

Desta forma, urge a necessidade de estudos voltados para atenção domiciliar, especialmente do serviço público, que apresenta diversas peculiaridades, inclusive as relacionadas a integralidade do cuidado, que é desenvolvida pela equipe multidisciplinar com a colaboração do cuidador, entre outras interfaces. Ressalta-se ainda que a identificação e validação dos procedimentos/intervenções desenvolvidos no cotidiano poderão subsidiar o dimensionamento de pessoal e conseqüentemente um melhor planeja-

mento de recursos humanos, que possam garantir a qualidade da atenção, aliada à sua capacitação.

O objetivo deste estudo analisar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em atenção domiciliar, a fim de oferecer subsídios para refletir sobre o dimensionamento de pessoal no serviço.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, desenvolvido em cinco Núcleos Regionais do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, Brasília, implantado desde 1994.

Na primeira etapa do estudo foram realizadas oficinas de trabalho com profissionais especialistas da atenção domiciliar para discutir os procedimentos requeridos pelos pacientes, a fim de obter a validade consensual e de conteúdo dos mesmos, tendo havido a consulta a alguns dispositivos validados como o *Theurapeutic Intervention Score Sistem* (TISS), entre outros.

O instrumento elaborado para mensurar o tempo gasto na atenção domiciliar (Anexo), foi composto pelos principais procedimentos/intervenções desenvolvidos na assistência direta (em domicílio) pela equipe multiprofissional, aqui considerada por: médico, pessoal de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta. Além desses, incluíram-se os procedimentos que fazem parte da assistência indireta como: deslocamento da equipe - tempo gasto da saída do serviço até a chegada ao domicílio do paciente e da saída do domicílio à chegada a outro domicílio (se houver) e/ou ao retorno ao serviço; e orientação ao cuidador, família e/ou paciente.

Na segunda etapa do estudo foi realizado observação dos cuidados prestados aos pacientes, utilizando-se o instrumento criado na primeira etapa do estudo. Foram selecionados dois observadores externos para a cronometragem do tempo das atividades das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: pertencer a uma das categorias profissionais constituintes da equipe de saúde; ter referência quanto à responsabilidade e compromisso; possuir

perfil e disponibilidade de tempo para a realização do trabalho.

O treinamento dos observadores ocorreu por meio de várias reuniões, enfocando o correto preenchimento do instrumento e a possibilidade de registros extras para aperfeiçoamento do mesmo.

A população para mensuração dos procedimentos foi constituída pelos pacientes ativos do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, Serviço de Atenção Domiciliar (Brasília-DF), Atenção Básica, no período de 2009 e 2010, sendo o estudo realizado por amostra aleatória sistemática.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram os de admissão ao Programa: portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, sequelados e com comorbidades; em cuidados paliativos; com incapacidade funcional para atividades de vida diária, provisória ou permanente e em estabilidade clínica, perfil em que há a prevalência de pessoas idosas.

Já os critérios de exclusão consistiram em: pacientes com necessidade de ventilação mecânica invasiva, em monitorização contínua, com enfermagem intensiva e propedêutica complementar com demanda potencial de realização de procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; em tratamento cirúrgico em caráter de urgência e que não tivessem cuidador contínuo identificado.

As variáveis do estudo foram representadas pelo número e tempo médio gasto dos procedimentos realizados no domicílio para a assistência direta e pelo número de orientações e tempo real gasto nos deslocamentos das equipes multiprofissionais para a assistência indireta.

Os possíveis vieses de aferição e de mensuração foram minimizados pela padronização do instrumento de coleta de dados e do uso de cronômetro, bem como o treinamento de observadores credenciados.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado em função da população alvo de 1019 pacientes ativos do Programa em outubro de 2009 (nível de significância: 5%; poder estatístico: 80%), resultando em 282 pacientes.

Os dados foram armazenados em planilhas do tipo *Excel* e a análise foi realizada por elementos de estatística descritiva, sendo utilizado o *software* estatístico SPSS versão 17.0.

O estudo desenvolveu-se em dois períodos: o primeiro ocorreu durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2009, nas Regionais de Saúde de Sobradinho, Planaltina, Gama, Guará e Asa Norte, quando foram realizadas 66 visitas domiciliares; e o segundo foi realizado durante os meses de julho, agosto e setembro de 2010 (179 visitas, totalizando 245 visitas domiciliares), para complementar o número de visitas da primeira amostra, a fim de se obter o quantitativo necessário para a amostra representativa de pacientes do Programa. A pesquisa alcançou o percentual de 86,8 do total da aplicação do instrumento para a amostra calculada (214 de 282 pacientes).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Observou-se que a equipe de enfermagem despende maior tempo no Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal. Os principais procedimentos realizados encontram-se na tabela 1. Os que demandaram maior tempo médio de realização foram: “curativo/desbridamento” - 25,1; “curativos múltiplos” - 15,6; “curativo de úlcera de pressão grau III” - 11,7 minutos e “curativo de úlcera de pressão grau II” - 10,2 minutos; “consultas de enfermagem” - 21,6 minutos (primeira) e 12,3 minutos (subsequente); “instalação de soroterapia” - 16,9 minutos; e “cuidados e orientações para pacientes com ostomias” - 15,8 minutos. O tempo gasto nesses procedimentos evidenciam a complexidade assistencial dos pacientes cuidados pelo programa.

De modo análogo, estão dispostos, na tabela 2, os dados correspondentes aos principais procedimentos sistematizados realizados pelo fisioterapeuta, nutricionista e médico, no mesmo local e período, com as especificidades de cada categoria profissional. O fisioterapeuta evidenciou maior número

Tabela 1. Número de procedimentos e média da duração (em minutos) realizados no domicílio pela equipe de enfermagem na primeira e na segunda etapa do estudo

| Procedimentos de enfermagem | n(295) | Média (minutos) | DP |
|--|--------|-----------------|------|
| Curativo / desbridamento | 1 | 25,1 | 0 |
| 1ª Consulta de enfermagem (domiciliar) | 8 | 21,6 | 20,5 |
| Instalação de soroterapia | 1 | 16,9 | 0 |
| Cuidados e orientações para pacientes com ostomias | 5 | 15,8 | 13,9 |
| Curativos múltiplos | 4 | 15,6 | 15,5 |
| Consulta subsequente de enfermagem (domiciliar) | 26 | 12,3 | 14,9 |
| Curativo de úlcera de pressão grau III | 15 | 11,7 | 21,8 |
| Curativo de úlcera de pressão grau II | 18 | 10,2 | 7,1 |
| Passagem de sonda vesical nasogástrica / nasoenteral | 7 | 9,6 | 6,9 |
| Curativo de úlcera de pressão grau IV | 10 | 8,5 | 12,5 |
| Passagem de sonda vesical de demora | 8 | 8,2 | 7 |
| Aplicação de medicação por via endovenosa | 5 | 7,1 | 8 |
| Passagem de sonda vesical para coleta de exame | 6 | 6,5 | 3,9 |
| Coleta de sangue para exame | 35 | 6,2 | 13,5 |
| Retirada de soroterapia | 1 | 3,3 | 0 |
| Mensuração / avaliação e registro de sinais vitais | 59 | 3,1 | 12,3 |
| Aplicação de medicação por via muscular / subcutânea | 2 | 3,1 | 2,8 |
| Avaliação de glicemia | 8 | 1,7 | 1,7 |
| Mensuração de oximetria | 27 | 0,9 | 7,4 |
| Registro e ciência do cuidador na ficha de visita domiciliar | 49 | 0,8 | 5 |

n – número de procedimentos realizados; DP – Desvio Padrão

de procedimentos (42), seguido pelo nutricionista (29) e pelo médico (25). A atividade que demandou maior tempo para realização foi “primeira consulta médica domiciliar” (média de 54,3 minutos), seguida por “avaliação/adaptação de ambiente residencial” do fisioterapeuta (média de 35,5 minutos) e “primeira consulta domiciliar com nutricionista”, que durou 23,5 minutos em média.

Tabela 2. Número e duração média de procedimentos domiciliares (em minutos) realizados pelo fisioterapeuta, nutricionista e médico

| Categoria profissional | Procedimentos | n(96) | Média (minutos) | DP |
|------------------------|---|-------|-----------------|------|
| Fisioterapeuta | Avaliação / adaptação de ambiente residencial | 3 | 35,5 | 7 |
| | Sessão de fisioterapia (respiratória, motora, neurológica e/ou traumatológica) / orientação ao cuidador e/ou paciente | 16 | 21,2 | 40,5 |
| | 1ª Consulta com fisioterapeuta (domiciliar) | 6 | 16,4 | 10,3 |
| | Consulta subsequente do fisioterapeuta (domiciliar) | 17 | 10 | 27,3 |
| Nutricionista | 1ª Consulta com nutricionista (domiciliar) | 15 | 23,5 | 12,7 |
| | Consulta subsequente do nutricionista (domiciliar) | 14 | 15,2 | 22,6 |
| Médico | 1ª Consulta médica (domiciliar) | 3 | 54,3 | 10,6 |
| | Consulta subsequente do médico (domiciliar) | 22 | 17 | 18,4 |

n – Número de procedimentos realizados; M – Média; DP – Desvio Padrão

As variáveis da assistência direta (procedimentos dos profissionais) e as da assistência indireta (tempo

de deslocamento e orientação ao cuidador, família e/ou paciente) estão elencadas na tabela 3.

Tabela 3. Variáveis da assistência direta e indireta, segundo número de procedimentos realizados, média em horas com os respectivos percentuais e tempo de deslocamento e de orientação geral, segundo tempo real em horas e percentual

| Assistência direta (procedimentos dos profissionais) | n(%) | Média horas (%) |
|--|--------------------|-----------------|
| Enfermagem | 295(75,5) | 30,2(50) |
| Fisioterapeuta | 42(10,7) | 11,9(19,7) |
| Nutricionista | 29(7,4) | 9,4(15,6) |
| Médico | 25(6,4) | 8,9(14,7) |
| Total | 391(100) | 60,4(100) |
| Assistência indireta | Tempo real (horas) | (%) |
| Tempo de duração da visita (T visita = T chegada domicílio - T saída domicílio) | 92 | 58,5 |
| Tempo de deslocamento da equipe (T deslocamento = T saída do serviço ao domicílio + T entre domicílios + T retorno ao serviço) | 65,3 | 41,5 |
| Tempo de orientação geral (T orientação = T visita - T procedimentos) | 20,3 | 13 |
| Tempo total (T total = T visita + T deslocamento) | 157,3 | 100 |

n(%) – Número/Percentual de procedimentos; M(%) Média horas/Percentual do tempo despendido ($\Sigma n \times M/min/60$); T-Tempo

Para a assistência direta a média do tempo gasto foi calculada pelo somatório de procedimentos de cada profissional multiplicado pela sua respectiva média de duração em minutos (Tabelas 1 e 2) e dividido por 60, para se obter o dado em horas. Observou-se que 75,5% do total de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional foram desenvolvidos pela equipe de enfermagem (295), correspondendo a 50% do total da média de tempo despendido em assistência domiciliar.

O tempo gasto na assistência indireta que inclui a duração da visita (orientação geral + realização de procedimentos) e o deslocamento da equipe foram assim cronometrados: Tempo Total = 157,3 horas, das quais, 92 horas foram de duração da visita (58,5%) e 65,3 horas foi o tempo de deslocamento (41,5%). O tempo de orientação foi de 20,3 horas: portanto, o tempo real de procedimentos foi de 71,7 horas ($92 - 20,3 = 71,7$), correspondendo a 13% e 45,5% do tempo total de assistência domiciliar, respectivamente.

As perdas ocorridas durante o período de pesquisa foram representadas por visitas perdidas (agendadas e não realizadas): 09; visitas não registradas: 05; procedimentos não registrados: 07; tempo registra-

do incompatível: 02, cujos percentuais estão abaixo de 1% em relação ao total.

Discussão

Verificou-se que a atenção domiciliar desenvolve diversos procedimentos/intervenções executados por equipe multiprofissional, visando prover a qualidade de assistência, que consiste em atender às especificidades desses pacientes que apresentam perfil diferenciado.

Considerando os procedimentos de enfermagem, constatou-se que a realização de curativos de úlceras por pressão de graus variados foi uma das atividades mais frequentes e a que mais demandou tempo desses profissionais. Este fato coaduna-se com o perfil clínico dos pacientes que têm sido atendidos no Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, uma vez que a incidência de úlcera por pressão no acompanhamento domiciliar é frequente, acometendo pacientes com restrições dos movimentos e da sensibilidade, cujos principais fatores de risco são a pressão de contato, a força de cisalhamento, anemia, desnutrição e doenças crônicas.^(6,7)

Ao se comparar o quantitativo e a duração dos procedimentos realizados de enfermagem em relação ao dos demais profissionais participantes da equipe, observou-se que aqueles atingiram um patamar bem superior, donde se depreende o peso da equipe de enfermagem na rotina do Serviço de Atenção Domiciliar, caracterizando-a como *locus* privilegiado da enfermagem, no qual suas competências são desenvolvidas em sua plenitude, seja nas áreas assistencial, administrativa, educativa e principalmente na de pesquisa, pela preponderante produção científica em atenção domiciliar, bem como na de gestão de casos.⁽⁸⁾

Há de se pontuar, contudo, que diferentemente de outras categorias profissionais, os procedimentos de enfermagem estão bem específicos e parametrizados, ou seja, são na maioria das vezes, perfeitamente distinguíveis e “cronometráveis”, o que não acontece, pelo menos quando a abordagem é clínica, na medicina, nutrição e fisioterapia, devido a escassez de estudos sobre mensuração de tempo de procedimentos.

Nos dados correspondentes aos procedimentos realizados por fisioterapeuta, nutricionista e médico, ficou evidenciado que o fisioterapeuta realizou maior número de procedimentos comparando-se ao nutricionista e ao médico. Ressalta-se que a fisioterapeuta despende tempo significativo para avaliação das condições do domicílio, o que revela cuidado com a segurança do paciente e, conseqüentemente, maior garantia do seguimento do cuidado ao mesmo.

A fisioterapia domiciliar é ocasionada principalmente pelas doenças crônicas, sendo que os pacientes que mais demandam esta terapia estão restritos ao leito e se concentram na faixa etária acima dos 65 anos. O principal objetivo é a reabilitação motora para tratar as principais seqüelas do acidente vascular encefálico, bem como as da artrose e fratura de quadril. Esse perfil é encontrado nos pacientes do Programa do Distrito Federal e em pesquisa realizada em um Centro de Reabilitação Distrital norueguês, cuja reabilitação coordenada e multidisciplinar propiciou melhoras significativas e persistentes aos pacientes atendidos, dos quais 74% necessitaram de serviços de assistência domiciliar.⁽⁹⁾

O tempo despendido na primeira consulta de todos os profissionais de uma forma geral foi superior ao tempo gasto nas consultas de seguimento (Tabelas 1 e 2), provavelmente devido ao desconhecimento do quadro clínico do paciente, com necessidade de despende maior tempo em sua propedêutica e no contato com o cuidador e a família. Além disso, sugere-se que o tempo gasto nas consultas revela um cuidado, sobretudo voltado para a orientação do cuidador, que permanece o tempo todo com o paciente.

Nesse aspecto, a atividade que demandou maior tempo para realização foi a primeira consulta médica domiciliar, fato compartilhado pelo Programa de Internação Domiciliar cubano, que é desenvolvido por médicos de família, que gastam 22 minutos por visita, e contam com apoio de especialistas. A média de tempo gasto com pacientes é comparável com a de enfermeiras de família, pois as visitas domiciliares são organizadas, na maioria das vezes, conjuntamente, englobando as visitas para ações preventivas e curativas.⁽¹⁰⁾

Já o número de consultas subseqüentes da maioria dos profissionais da equipe foi bem superior ao número de primeiras consultas registradas (Tabelas 1 e 2), caracterizando a longitudinalidade do cuidado, que exprime o vínculo a partir de estreitas relações entre profissional e paciente, cuidador e família, pautadas na humanização das relações, confiança, coparticipação e em ações que consideram a integralidade desse paciente, suas necessidades concretas e a resolução destas.⁽¹¹⁾

Em relação ao tempo gasto na assistência indireta, o tempo de orientação geral realizado por todos os membros da equipe multiprofissional durou 20,3 horas de um total de 92 horas despendidas na visita domiciliar propriamente dita (22%), o que traduz e reafirma, junto à longitudinalidade do cuidado, a implicação e a vinculação da equipe profissional ao paciente e à família, tornando-se o diferencial da atenção domiciliar, na utilização preponderante das tecnologias leves, caracterizadas pelo desenvolvimento de relações humanas. Esse contexto propicia uma fonte inesgotável para educação permanente e de novas formas de integrar os diferentes olhares para a transformação de práticas de saúde.

Esse fato coaduna-se ao encontrado em outros estudos, nos quais o tempo gasto por equipe de enfermagem em atividades em *nursing homes*, foi significativamente maior para a comunicação, dentre todas as atividades realizadas naqueles estabelecimentos, concluindo que atividades de comunicação/orientação tem tido lugar de destaque em serviços que atendem idosos pela influência positiva das relações de interação social com o bem estar desses pacientes.^(12,13)

Já o tempo gasto pelo deslocamento da equipe (assistência indireta), demandou 65,3h do total de 157,3h cronometradas de assistência domiciliar. Ressalta-se que a infraestrutura do serviço, especialmente relacionada ao transporte para deslocamento dos profissionais, necessita ser revisto. O tempo de deslocamento da equipe consumiu 41,5% do período total de assistência domiciliar, o que impactou negativamente na produtividade do serviço. O tempo médio de duração de cada visita domiciliar foi de aproximadamente 55 minutos.

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados com o delineamento exploratório que

não permite o estabelecimento de associação entre causa e efeito e às dificuldades operacionais encontradas na coleta de dados, que espelharam a estrutura logística dos serviços da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na qual muitas vezes não havia disponibilidade de carros e motoristas suficientes para prover de forma adequada o deslocamento das equipes para visita domiciliar.

Também se reconhece que as atividades aqui elencadas são apenas as identificadas como principais e mais prevalentes no serviço, não tendo sido computadas outras atividades afins como a realização de reuniões da equipe multidisciplinar, que comprovadamente melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e otimizam o atendimento ao paciente, principalmente na melhoria da prescrição em lares, além de toda a logística que é desenvolvida no serviço para o planejamento administrativo e assistencial, tanto antes quanto depois da visita domiciliar.⁽¹⁴⁾

Conclusão

Este estudo permitiu conhecer os principais procedimentos/intervenções realizados por equipe multiprofissional em serviço de atenção domiciliar, cuja análise do tempo gasto poderá subsidiar o dimensionamento adequado de profissionais de saúde e a infraestrutura necessária para atender às especificidades do serviço, e de um modo geral, o planejamento e organização do serviço.

Agradecimentos

À Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – FEPECS/SES-DF, pelo financiamento de pesquisa aprovada sob o número 392/2008.

Colaborações

Villas Bôas MLC e Shimizu HE declaram que contribuíram com a concepção e projeto, revisão crítica

relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:207.
2. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Illiffe S, Kalra L, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data *CMAJ.* 2009; 180(2):175-82.
3. Unwin BK, Porvaznik M. Nursing home care: Part I. Principles and pitfalls of practice. *Am Fam Physician.* 2010; 81(10):1219-27.
4. Golden AG, Ortiz J, Wan TT. Transitional care: looking for the right shoes to fit older adult patients. *Care Manag J.* 2013; 14(2):78-83.
5. Ornstein K, Wajnberg A, Kaye-Kauderer H, Winkel G, DeCherrie L, Zhang M, Soriano T. Reduction in symptoms for homebound patients receiving home-based primary and palliative care. *J Palliat Med.* 2013 Sep; 16(9):1048-54.
6. Unwin BK, Porvaznik M, Spoelhof GD. Nursing home care: Part II. clinical aspects. *Am Fam Physician.* 2010;81(10):1229-37.
7. Badiaa JG, Santos AB, Segura JC, Casellas MD, Lombardo FC, Tebar AH, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study. *Gac Sanit.* 2011; 25(4):308-13.
8. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:193.
9. Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M. Effective Rehabilitation of older people in a district rehabilitation centre. *J Rehabil Med.* 2011; 43(5): 461-4.
10. De Vos P, Barroso I, Rodríguez A, Bonet M Van der Stuyft P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:76.
11. Baratieri T, Mandú EN, Marcon SS. [Nurses understanding about the bonding and longitudinality in family health care strategy]. *Ciencia y Enfermeria.* 2012; 18(2):11-22. Portuguese.
12. Muniyisa EN, Yu P, Hailey D. How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study. *J Adv Nurs.* 2011; 67(9):1908-17.
13. Thorsell KB, Nordström BM, Fagerström L, Sivberg BV. Time in care for older people living in nursing homes. *Nurs Res Pract.* 2010; Article ID 148435, 10 pages.
14. Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing.* 2011; 40(2):150-2.

Anexo

Instrumento para dimensionamento de tempo necessário para realização de procedimentos em visita domiciliar

Programa de internação domiciliar da SES-DF

| Categoria profissional | Procedimento | Tempo 1 | Tempo 2 | Tempo 3 | Média de tempo | Observação |
|---|--|----------------|----------------|----------------|-----------------------|-------------------|
| Enfermagem | 1ª Consulta de enfermagem (domiciliar) ¹ | | | | | |
| | Consulta subsequente de enfermagem (domiciliar) | | | | | |
| | Aplicação de medicação por via muscular / subcutânea ² | | | | | |
| | Aplicação de medicação por via endovenosa ² | | | | | |
| | Instalação de soroterapia ³ | | | | | |
| | Retirada de soroterapia ³ | | | | | |
| | Passagem de sonda vesical para coleta de exame ³ | | | | | |
| | Passagem de sonda vesical de demora ³ | | | | | |
| | Passagem de sonda nasogástrica / nasoenteral ³ | | | | | |
| | Coleta de sangue para exame ³ | | | | | |
| | Curativo de úlcera de pressão grau II ³ | | | | | |
| | Curativo de úlcera de pressão grau III ³ | | | | | |
| | Curativo de úlcera de pressão grau IV ³ | | | | | |
| | Curativo / desbridamento ³ | | | | | |
| | Curativos múltiplos | | | | | |
| | Orientação ao cuidador | | | | | |
| | Orientação ao paciente | | | | | |
| | Avaliação de glicemia | | | | | |
| | Cuidados e orientações para pacientes com ostomias ⁴ | | | | | |
| | Retirada de pontos de sutura ⁵ | | | | | |
| Mensuração de oximetria ⁵ | | | | | | |
| Mensuração / avaliação e registro de sinais vitais ⁵ | | | | | | |
| Registro e ciência do cuidador na ficha de visita domiciliar ⁶ | | | | | | |
| Categoria profissional | Procedimento | Tempo 1 | Tempo 2 | Tempo 3 | Média de Tempo | Observação |
| Médico | 1ª Consulta médica (domiciliar) ⁷ | | | | | |
| | Consulta subsequente do médico (domiciliar) | | | | | |
| | Orientação ao cuidador | | | | | |
| | Orientação ao paciente | | | | | |
| Nutricionista | 1ª Consulta com nutricionista (domiciliar) ⁸ | | | | | |
| | Consulta subsequente do nutricionista (domiciliar) | | | | | |
| | Orientação ao cuidador / paciente | | | | | |
| Fisioterapeuta | 1ª Consulta com fisioterapeuta (domiciliar) ⁹ | | | | | |
| | Consulta subsequente do fisioterapeuta (domiciliar) | | | | | |
| | Sessão de fisioterapia (respiratória, motora, neurológica e/ou traumatológica) / orientação ao cuidador e/ou paciente. ¹⁰ | | | | | |
| | Avaliação/adaptação de ambiente residencial | | | | | |
| Tempo de deslocamento | Tempo de deslocamento do veículo da Unidade de Saúde para a residência e retorno à Unidade. | Tempo 1 | Tempo 2 | Tempo 3 | Média de Tempo | Observação |
| | | ND | ND | ND | ND | |
| | | DD | DD | DD | DD | |
| | | DN | DN | DN | DN | |
| | Hora de chegada ao domicílio | | | | | |
| | Hora de saída do domicílio | | | | | |

ND - viagem entre o NRAD eo Domicílio

DD - viagem entre Domicílios

DN - viagem entre o domicílio eo NRAD (Núcleo Regional de Atenção Domiciliar / Centro Regional de Home Care)

Nome do observador
Local / Data

Matrícula
Assinatura

ORIENTAÇÕES GERAIS

O objetivo deste instrumento é aferir o tempo despendido em cada procedimento realizado em domicílio e em deslocamento do profissional, por meio de cronômetro. Os procedimentos estão divididos por categoria profissional. Deve ser preenchido por observador treinado, isento de qualquer avaliação crítica do procedimento ou do profissional que está realizando a atividade. Cada aferição de tempo deve ser feita individualmente, ou seja, cronometrar um procedimento de cada vez, para não desviar a atenção.

O mesmo procedimento realizado para um paciente poderá ser aferido em visitas domiciliares diferentes.

Na tabela anexa há as colunas específicas por categoria profissional, por procedimento, por Tempos despendidos para a realização do procedimento e de deslocamento, Média de Tempo e Observações.

No Tempo 1, registrar o tempo necessário para o procedimento avaliado. Numa segunda visita domiciliar, será determinado o tempo despendido para aquele mesmo procedimento, e anotado no espaço Tempo 2 e assim sucessivamente.

O tempo será marcado em **horas, minutos e segundos** ex.: **00h00min00seg.**

Qualquer procedimento que não conste atualmente neste instrumento, poderá ser listado nos espaços em branco ou no item “Observações”.

O profissional que irá realizar o procedimento deverá sinalizar ao observador o momento de início e fim de cada atividade; por exemplo: “Aplicação de medicação por via subcutânea” - começar a contar tempo desde o momento de posicionamento do paciente para tal procedimento até o registro. O mesmo ocorre para as outras ações.

A média de tempo equivale à soma dos Tempos 1, 2 e 3, dividido por 3 (exemplo).

Tempo de deslocamento: significa o tempo de deslocamento do veículo do NRAD ao local da visita no domicílio (ND), entre domicílios (DD) e do domicílio ao NRAD (DN).

A rotina da equipe **não deve** ser modificada durante a aplicação do instrumento.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

1. De acordo com o Relatório de Avaliação de Enfermagem para Pacientes em Internação Domiciliar que consta no Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal.

2. Inclui preparo da medicação, aplicação e registro.

3. Inclui preparo do material e do paciente, procedimento técnico, organização do local e preenchimento de dados / registro. Para coleta de material para exame, **excluir** o tempo de deslocamento e entrega no laboratório. Nos casos de curativo de úlcera de pressão, considerar o tempo que demanda o curativo de somente **uma** úlcera. O profissional que irá fazer o curativo deverá informar ao observador o grau de complexidade da úlcera.

4. Inclui os cuidados e orientações exclusivamente relacionadas à ostomia.

5. Inclui preparo do paciente, procedimento técnico e organização do local.

6. Inclui preenchimento da ficha de visita domiciliar, leitura pelo cuidador e assinatura do cuidador.

7. Segundo o Relatório de Avaliação Médica para Pacientes em Internação Domiciliar do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal - 2007. Inclui avaliação e registro.

8. Segundo Plano de Avaliação Nutricional para Pacientes em Atendimento Domiciliar do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal - 2007. Inclui avaliação e registro.

9. De acordo com o Relatório de Avaliação Fisioterápica do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar no Distrito Federal - 2007. Inclui avaliação e registro.

10. Considerar procedimento fisioterápico (fisioterapia motora, neurológica, respiratória e/ou traumatológica), juntamente com a orientação que vai sendo fornecida ao cuidador e/ou paciente, durante a atividade desenvolvida.