

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**RENATO LINS RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE PELOTAS- SAD  
HE/UFPEL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MAPA DE INDICADORES**

**Bagé, 2022**

**RENATO LINS RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE PELOTAS- SAD  
HE/UFPEL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MAPA DE INDICADORES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde

Orientador: Paulo Emílio Botura  
Ferreira

**Bagé, 2022**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

R696a Rodrigues, Renato Lins

Avaliação do serviço de atenção domiciliar de Pelotas- SAD  
HE/UFPEL: perfil epidemiológico e mapa de indicadores / Renato  
Lins Rodrigues.

22 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)--  
Universidade Federal do Pampa, ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM  
SAÚDE, 2022.

"Orientação: Paulo Emílio Botura Ferreira".

1. Serviços de assistência domiciliar. 2. Epidemiologia. 3.  
Indicadores de saúde. I. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

- Paulo Emílio Botura Ferreira
- Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
- Mariana Borges Dias

## **APRESENTAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em formato de artigo científico, que será submetido à revista **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Este é um periódico científico de acesso aberto, publicado trimestralmente, gratuito e de fluxo contínuo, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CGDEP/DAEVS/SVS/MS). Optou-se por essa revista tendo em vista sua missão de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), indo de acordo com os objetivos da pesquisa. As sessões a seguir já estão escritas conforme normas de publicação da revista.

## **ARTIGO ORIGINAL**

### **AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE PELOTAS- SAD HE/UFPEL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MAPA DE INDICADORES**

EVALUATION OF THE HOME CARE SERVICE IN PELOTAS-SAD HE/UFPEL:  
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND MAP OF INDICATORS

EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PELOTAS-  
SAD HE/UFPEL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MAPA DE INDICADORES

Renato Lins Rodrigues, <https://orcid.org/0000-0001-8831-5338>, [renato.lins@ebserh.gov.br](mailto:renato.lins@ebserh.gov.br)<sup>1</sup>

Paulo Emilio Botura Ferreira, <https://orcid.org/0000-0003-1196-4668>,  
[pauloferreira@unipampa.edu.br](mailto:pauloferreira@unipampa.edu.br)<sup>2</sup>

1. Fisioterapeuta- Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos- Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- HE/EBSERH/UFPel. Mestre em Educação Física- ESEF/UFPel.
2. Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), docente do curso de Medicina, Ciências da Natureza e da pós-graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

18 páginas, 150 palavras no resumo e 6683 palavras no texto.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde, 2022.

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi identificar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes internados e analisar indicadores. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, feita através de coleta de dados de planilhas de monitoramento do serviço. Verificou-se que o perfil dos pacientes admitidos é de usuários idosos, predominantemente mulheres, procedentes de hospitais, com neoplasia como condição de base mais frequente e o cuidado paliativo como motivo do encaminhamento. Adicionalmente, observou-se aumento gradual nos encaminhamentos de pacientes para o serviço, capacidade de trabalho adequada, levando-se em consideração suas especificidades; taxa de avaliação mensal baixa para a atual demanda; taxas de admissão e alta melhoradas satisfatórias, além de uma taxa de óbito no domicílio baixa. É indispensável a caracterização desses perfis e indicadores de forma sistemática para identificação de potencialidades e fragilidades e posterior organização dos processos de trabalho com vistas ao planejamento de futuras ações.

**Palavras-chave:** serviços de assistência domiciliar, epidemiologia, indicadores de saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to identify the epidemiological and clinical profile of hospitalized patients and analyze indicators. This is a descriptive and exploratory research, with a quantitative approach, carried out by collecting data from service monitoring spreadsheets. It was found that the profile of admitted patients is elderly users, predominantly women, coming from hospitals, with cancer as the most frequent underlying condition and palliative care as the reason for referral. Additionally, there was a gradual increase in patient referrals to the service, an adequate work capacity, taking into account their specificities; a low monthly assessment fee for current demand; satisfactory improved admission and discharge rates plus a low home death rate. It is essential to systematically characterize these profiles and indicators to identify strengths and weaknesses and subsequently organize work processes with a view to planning future actions.

**Keywords:** home care services, epidemiology, health indicators.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados y analizar indicadores. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria, con enfoque cuantitativo, realizada a partir de la recolección de datos de planillas de seguimiento del servicio. Ha sido encontrado que el perfil de los pacientes ingresados es de usuarios adultos mayores, predominantemente mujeres, provenientes de hospitales, con el cáncer como condición de base más frecuente y los cuidados paliativos como motivo de derivación. Adicionalmente, hubo un aumento paulatino en la derivación de pacientes al servicio, una adecuada capacidad de trabajo, teniendo en cuenta sus especificidades; una tarifa de evaluación al mes baja para la demanda actual; tasas mejoradas satisfactorias de admisión y alta más una baja tasa de mortalidad domiciliaria. Es fundamental caracterizar sistemáticamente estos perfiles e indicadores para identificar fortalezas y debilidades y posteriormente organizar los procesos de trabajo de cara a la planificación de acciones futuras.

**Palabras clave:** servicios de atención domiciliaria, epidemiología, indicadores de salud.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define assistência domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, funcionalidade e saúde de pessoas num nível máximo, incluindo cuidados em final de vida. No Brasil, a Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados<sup>1</sup>. Apesar de avanços conquistados com o Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao acesso às ações e serviços de saúde e ampliação da Atenção Básica (AB) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, e neste contexto, é fragmentado, biologicista e mecanicista<sup>2</sup>. Como consequência deste modelo, é constatada uma ineficácia, com crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias e incapacidade de enfrentamento aos problemas de saúde atuais, tais como doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, violências, entre outras.

A desospitalização e as tentativas de não-internação após entrada no serviço de urgência e emergência têm sido um dos grandes incentivadores para o atual crescimento da atenção domiciliar<sup>3</sup>. O envelhecimento populacional, com rápida queda da fecundidade e redução da mortalidade, resultado da transição epidemiológica e demográfica observada nas últimas décadas, tem provocado mudanças no padrão de morte, morbidade e invalidez, associado aos fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais<sup>4,5</sup>. Tais condições vêm ocasionando aumento da demanda por cuidado no domicílio, sendo considerado um ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares, com promoção e prevenção da saúde e na humanização da atenção<sup>6</sup>. Ressalta-se ainda a importância de qualificar o cuidado com vistas a integralidade da atenção e a necessidade de adotar modos mais eficientes na utilização dos recursos<sup>3</sup>.

O atendimento domiciliar possui uma dinâmica própria de funcionamento, com construção de relações com os demais pontos da rede de atenção à saúde<sup>3</sup>. Por ser uma modalidade complementar por vezes e substitutiva por outras, faz jus à necessidade de comunicar-se com a rede hospitalar, rede de atenção primária e rede de emergência, dentre outros.

No Brasil, apesar de haver experiências exitosas há alguns anos e de contar com várias portarias sobre a atenção domiciliar, apenas em 2011 uma política nacional de atenção domiciliar foi definida e implementada, através da Portaria nº 2.029 de 2011, na forma do Programa Melhor em Casa (PMC)<sup>7,2</sup>.

Toda política de saúde ao ser implementada necessita de monitoramento e avaliação do seu desempenho, de modo a verificar o alcance dos objetivos e metas. Pelotas teve um caráter pioneiro no Brasil, possuindo um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estruturado desde 2005. No entanto, passou por diversos momentos sem que houvesse avaliação sistemática do serviço. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi fazer o levantamento do perfil epidemiológico e clínico dos pacientes e de indicadores específicos do serviço, identificando possíveis potencialidades e fragilidades que permitam a reflexão e posterior organização dos processos com vistas ao planejamento de futuras ações e, dessa forma, melhorar o cuidado ofertado à população.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, através da identificação do perfil epidemiológico e clínico dos pacientes encaminhados e internados no Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas, no período de janeiro a dezembro de 2021 e na identificação e análise de indicadores do serviço.

No que diz respeito ao perfil epidemiológico e clínico, foram avaliados os dados referentes a idade, sexo, procedência dos encaminhamentos, condição de base e motivo do encaminhamento.

A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), com o intuito de auxiliar os gestores dos SADs na análise, planejamento e qualificação da AD, elencou um conjunto de indicadores capazes de caracterizar o PMC, tendo como base também o disposto na Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 11, de 2006<sup>8</sup>, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam AD.

A partir da análise dos indicadores sugeridos pela CGAD<sup>9</sup> e com base na nota técnica Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS<sup>10</sup>, além das características próprias do serviço, foram elencados seis principais indicadores, divididos em indicadores de capacidade (total de formulários de solicitação de avaliação recebidos mensalmente e capacidade de atendimento mensal das equipes), indicadores de Entrada (total de avaliações mensais das equipes e taxa mensal de admissões) e indicadores de Saída (taxa mensal de altas melhoradas das equipes e taxa mensal de mortalidade no domicílio).

Os indicadores escolhidos foram considerados estratégicos para a gestão das equipes da Atenção Domiciliar, levando-se também em consideração a especificidade do SAD Pelotas, relacionados aos cuidados paliativos no domicílio.

### **2.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas, situado no Bloco 3 do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel).

### **2.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Inicialmente foi feita uma solicitação de anuência para o Hospital Escola da UFPel /Gerência de Ensino e Pesquisa, expondo o interesse do pesquisador em utilizar os serviços como campo de estudo e solicitou-se autorização. Após receber o documento autorizando a pesquisa, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pelotas (UFPel). Posteriormente a aprovação, deu-se início a coleta de dados, utilizando as informações contidas nas planilhas de monitoramento já implementadas no serviço (Planilha de gestão dos encaminhamentos e planilha de produtividade das equipes), localizadas no drive institucional do serviço, acessadas pelo computador institucional.

## **2.4 ANÁLISE DE DADOS**

Foi utilizada a análise descritiva dos indicadores em forma de frequência relativa e o software utilizado foi o *Microsoft Excel*.

## **2.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado em dezembro de 2021. Foram respeitadas as diretrizes sobre pesquisa com seres humanos, norteadas pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador e passaram por pseudonimização, tratamento por meio do qual os dados perdem a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo, senão pelo uso de informação adicional mantida separadamente pelo controlador em ambiente controlado e seguro. Os pesquisadores envolvidos asseguraram o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados<sup>11</sup> no que diz respeito a coleta, armazenamento, tratamento e compartilhamento de dados pessoais. Fica assegurada a privacidade dos dados e a confidencialidade, uma vez que os dados pessoais oriundos da participação na pesquisa serão utilizados apenas para os fins propostos. Como benefícios, a pesquisa poderá fornecer informações importantes para tomada de decisões futuras no que diz respeito a qualificação do serviço prestado à população. Em virtude da pseudonimização, considerou-se não ser necessário o termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que não houve menção individualizada aos dados dos pacientes utilizados e também por serem dados retrospectivos obtidos por meio de formulários eletrônicos encaminhados.

## **2.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados serão divulgados em meio acadêmico e científico, por meio da defesa da TCC e envio a periódicos indexados da área da saúde. Também será agendada uma apresentação dos resultados encontrados, tanto para o SAD Pelotas, quanto para direção do HE- UFPel e Gerência de Ensino e Pesquisa.

## **3. RESULTADOS**

Após a coleta minuciosa dos dados provenientes da planilha de gestão dos encaminhamentos, através da qual foram obtidos os dados de perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados e internados no serviço de atenção domiciliar de Pelotas, chegou-se ao seguinte resultado descrito na tabela 1. Ao total foram encaminhados 781 pacientes para o serviço de atenção domiciliar no ano de 2021, sendo avaliados 790 pacientes. Tal diferença se deve ao fato que alguns encaminhamentos de 2020 só foram avaliados em 2021 (n=46), assim como alguns de 2021 só foram avaliados em 2022 (n=37). Dos 790 pacientes avaliados, 475 foram admitidos no serviço, o que corresponde a uma taxa de admissão de 60.1% e 315 pacientes não foram admitidos, correspondendo a 39,9% de taxa de não-admissões. As não-admissões ocorreram devido à falta de critérios para internação, conforme critérios de elegibilidade definidos na portaria que rege o serviço.

Dentre os pacientes admitidos, a idade média ficou em 61,7 anos, sendo 56,8% do sexo feminino e 43,2 % do sexo masculino. A faixa etária com maior número de admitidos foi dos 45 a 59 anos, correspondendo a 41,26% dos admitidos. Mas ao se considerar os idosos com mais de 60 anos (juntando as categorias 60-79 e 80+) o percentual é maior representando 42,1% de todos os admitidos no serviço, ultrapassando a categoria de 45-59 anos.

Com relação à procedência dos pacientes admitidos, a maior parte foi proveniente de hospitais (34,74%), unidades básicas de saúde (23,79%) e centros de oncologia (17,47%). As condições de base mais frequentes foram as neoplasias (53,47%), lesões de pele (31,79%), hipertensão (25,68%) e diabetes mellitus (17,47%). Importante também ressaltar que a maioria dos pacientes apresentaram mais de uma condição de base.

Por fim, em relação aos motivos do encaminhamento, a maior parte dos pacientes admitidos no serviço foi para cuidados paliativos (43,79%), dificuldade no manejo de outros sintomas (42,11%), desospitalização/transição de cuidados (21,05%) e orientações sobre terminalidade (21,05%). Detalhes adicionais sobre o perfil epidemiológico dos pacientes podem ser observados na tabela 1.

Os indicadores do serviço elencados como prioritários para o acompanhamento das equipes foram divididos em indicadores de capacidade, indicadores de entrada e indicadores de saída, conforme pode ser observado no quadro 1, com suas respectivas descrições.

**Quadro 1. Painel de indicadores do serviço de atenção domiciliar de Pelotas.**

<b>PAINEL DE INDICADORES SAD PELOTAS</b>		
<b>Tipos de Indicadores</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>
Indicadores de capacidade	Total de Formulários de Solicitação de Avaliação recebidos mensalmente	Descrevem a capacidade de atendimento das equipes no dia a dia.
	Capacidade de atendimento mensal das equipes	
Indicadores de entrada	Total de avaliações mensais das equipes	Descrevem a capacidade das equipes de realizarem avaliações e admissões no serviço.
	Taxa mensal de admissões das equipes	
Indicadores de saída	Taxa mensal de altas melhoradas das equipes	Descrevem a capacidade das equipes de darem alta.
	Taxa mensal de mortalidade no domicílio das equipes	

Fonte: SAD Pelotas.

**Tabela 1: Perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021.**

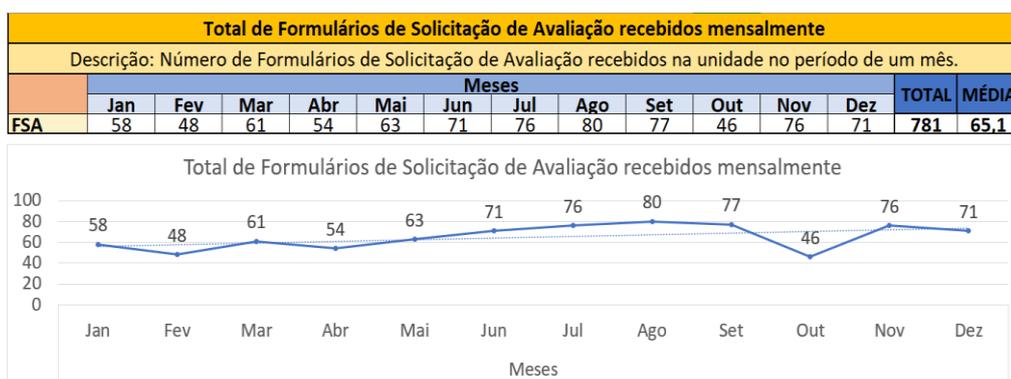
Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	205	43,2
Feminino	270	56,8
<b>Faixa etária</b>		
0-17	24	5,05
18-29	7	1,47
30-44	48	10,11
45-59	196	41,26
60-79	109	22,95
80+	91	19,16
<b>Procedência</b>		
Hospitais	165	34,74
Serviços de Urgência/emergência	7	1,47
Centro oncológico	83	17,47
Público	81	17,05
Privado	2	0,42
Unidades básicas de saúde	113	23,79
Ambulatórios	12	2,53
Consultório médico privado	14	2,95
Outros	81	17,05
<b>Condição de base*</b>		
Neoplasias	254	53,47
Sequela de AVC	76	16
Síndrome demencial	40	8,42
Paraplegia/tetraplegia	33	6,95
HAS	122	25,68
DM	83	17,47
Doença renal crônica	28	5,89
DPOC/Asma	38	8
Transtorno depressivo/ansioso	47	9,89
Lesões de pele	151	31,79
Outra	52	10,95
<b>Motivo do encaminhamento*</b>		
Cuidados paliativos	208	43,79
Orientação à família sobre terminalidade	100	21,05
Dificuldade de manejo da dor	30	6,32
Dificuldade de manejo de outros sintomas	200	42,11
Cuidados com lesões de pele	31	6,53
Desospitalização/ transição de cuidados	100	21,05
Antibioticoterapia	42	8,84
Outro	27	5,68

\* Os percentuais totais somados da condição de base e motivo do encaminhamento ultrapassam 100%, uma vez que a maioria dos pacientes apresenta mais de uma doença base e mais de um motivo de encaminhamento.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao indicador “total de formulários de solicitação de avaliação (FSA) recebidos mensalmente”, chegou-se a 781 encaminhamentos no ano de 2021, o que corresponde a uma média de 65,1 encaminhamentos mensais. Informações detalhadas de cada mês e sua evolução ao longo do ano pode ser observado na figura 1.

**Figura 1: Total de formulários de solicitação de avaliação recebidos mensalmente.**



Fonte: SAD Pelotas.

O indicador “capacidade mensal das equipes” corresponde ao número de pessoas que foram acompanhadas pela equipe durante o mês, podendo ser visualizado na tabela 2. Encontra-se somando o número de pessoas já acompanhadas no início do mês com as novas admissões durante o mesmo mês. A quantidade total de pacientes acompanhados pelo serviço ao longo do ano de 2021 foi de 1709, com uma média mensal geral de 17,8 pacientes acompanhados por equipe.

O indicador “total de avaliações mensais das equipes” descreve o número de avaliações realizadas no período de um mês, por equipe assistencial. Ao total, no ano de 2021, foram 678 avaliações realizadas pelas equipes assistenciais da atenção domiciliar (tabela 2). O valor difere do valor de 790 avaliações realizadas pelo serviço (tabela 1) e o motivo dessa diferença é que uma parte considerável dos encaminhamentos (112), foram considerados não-admissões pela equipe de triagem e classificação de risco do serviço. Tal equipe é responsável pelo acolhimento inicial do encaminhamento e contato com paciente/cuidador ou serviço de procedência do encaminhamento. Em determinadas situações os encaminhamentos não são remanejados para às equipes assistenciais para avaliação in loco por apresentarem critérios que impossibilitam a admissão ao programa, dentre eles, por ser fora da área de cobertura do serviço, solicitação de insumo ou serviço fora do escopo do programa, processos de desospitalização que não foram concluídos (equipe hospitalar solicitou, mas o paciente efetivamente não conseguiu ter alta hospitalar) e óbito na espera da avaliação.

O indicador “taxa mensal de admissões nas equipes” corresponde a soma de admissões e readmissões em um mês dividido pelo número total de pessoas acompanhadas pela equipe, multiplicado por 100. A taxa mensal média de admissão das equipes ficou em 27%, podendo ser visualizado na tabela 3.

Ainda na tabela 3, pode ser visualizado os indicadores “taxa mensal de altas melhoradas e taxa mensal de óbitos no domicílio das equipes”. A taxa mensal de alta

**Tabela 2: Capacidade e avaliações mensais das equipes assistenciais do serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021.**

Indicador	Meses	Equipes								N	Média
		Leste Manhã	Leste Tarde	Norte Manhã	Norte Tarde	Sul Manhã	Sul Tarde	PIDI 1	PIDI 2		
<b>Capacidade mensal das equipes</b>	Jan	19	17	18	25	14	18	14	12	137	17,1
	Fev	19	16	23	22	12	18	10	17	137	17,1
	Mar	20	17	26	22	18	17	13	17	150	18,8
	Abr	17	20	22	24	15	18	14	17	147	18,4
	Mai	19	18	23	26	13	15	12	13	139	17,4
	Jun	24	19	27	24	16	14	17	16	157	19,6
	Jul	21	16	26	26	16	15	14	13	147	18,4
	Ago	21	21	25	28	14	16	13	11	149	18,6
	Set	20	18	22	24	19	18	11	15	147	18,4
	Out	17	17	19	23	16	16	11	13	132	16,5
	Nov	20	17	25	20	10	16	12	13	133	16,6
	Dez	20	17	31	17	7	16	13	13	134	16,8
			236	213	287	281	170	197	154	170	<b>1709</b>
<b>Total de avaliações mensais das equipes</b>	Jan	4	5	10	12	5	12	6	4	50	7,3
	Fev	3	6	9	1	3	8	2	8	40	5,0
	Mar	8	4	9	9	12	9	7	8	67	8,3
	Abr	5	3	8	10	8	5	8	4	52	6,4
	Mai	5	7	7	5	5	4	11	3	46	5,9
	Jun	8	10	8	4	8	10	7	8	69	7,9
	Jul	7	4	8	7	9	8	7	7	55	7,1
	Ago	9	11	6	9	5	11	9	3	53	7,9
	Set	0	2	9	6	7	7	6	7	50	5,5
	Out	5	7	5	17	8	10	7	6	58	8,1
	Nov	9	5	7	11	8	6	6	7	53	7,4
	Dez	9	6	9	15	6	8	8	4	65	8,1
			72	70	95	106	84	98	84	69	<b>678</b>

Fonte: Elaboração própria.

melhorada corresponde ao número de pessoas que receberam alta melhorada no período de um mês dividido pelo número de pessoas acompanhadas no mesmo período, multiplicado por 100. A taxa mensal média de alta melhorada do serviço ficou em 9%.

A taxa mensal de óbitos no domicílio representa o número de pessoas que tiveram óbito no domicílio no período de um mês dividido pelo número de pessoas acompanhadas no mesmo período, multiplicado por 100. A taxa mensal média de óbitos no domicílio do serviço ficou em 7%.

**Tabela 3: Taxas mensais de avaliações, altas melhoradas e óbitos no domicílio das equipes assistentes do serviço de atenção domiciliar de Pelotas (SAD Pelotas) no ano de 2021.**

Indicador	Meses	Equipes								Média
		Leste Manhã	Leste Tarde	Norte Manhã	Norte Tarde	Sul Manhã	Sul Tarde	PIDI 1	PIDI 2	
<b>Taxa mensal de admissões nas equipes</b>	Jan	21%	18%	28%	16%	21%	28%	21%	33%	23%
	Fev	16%	31%	39%	5%	17%	22%	0%	41%	21%
	Mar	35%	24%	35%	23%	39%	41%	38%	53%	36%
	Abr	12%	10%	32%	25%	20%	22%	43%	35%	25%
	Mai	32%	22%	26%	19%	23%	20%	50%	23%	27%
	Jun	29%	16%	30%	21%	31%	29%	59%	50%	33%
	Jul	10%	13%	27%	23%	31%	33%	29%	46%	27%
	Ago	29%	38%	28%	18%	19%	31%	23%	27%	27%
	Set	10%	6%	41%	17%	32%	28%	36%	47%	27%
	Out	18%	24%	21%	17%	31%	44%	27%	38%	28%
	Nov	40%	18%	32%	20%	30%	25%	33%	31%	29%
	Dez	15%	24%	29%	29%	0%	31%	46%	31%	26%
Média		22%	20%	31%	19%	25%	30%	34%	38%	<b>27%</b>
<b>Taxa mensal de altas melhoradas nas equipes</b>	Jan	5%	6%	6%	0%	21%	6%	0%	0%	6%
	Fev	16%	13%	4%	9%	8%	39%	0%	6%	12%
	Mar	5%	0%	31%	0%	11%	0%	15%	0%	8%
	Abr	18%	20%	9%	0%	13%	6%	0%	0%	8%
	Mai	5%	11%	4%	12%	0%	13%	0%	0%	6%
	Jun	17%	16%	15%	4%	13%	7%	0%	0%	9%
	Jul	5%	0%	12%	0%	19%	7%	0%	8%	6%
	Ago	10%	14%	24%	21%	7%	6%	8%	0%	11%
	Set	15%	6%	14%	0%	32%	6%	0%	0%	9%
	Out	24%	6%	0%	4%	31%	13%	0%	8%	11%
	Nov	5%	12%	8%	0%	20%	19%	0%	0%	8%
	Dez	20%	0%	28%	0%	14%	31%	8%	0%	13%
Média		12%	9%	13%	4%	16%	13%	3%	2%	<b>9%</b>
<b>Taxa mensal de óbitos no domicílio nas equipes</b>	Jan	0%	18%	11%	8%	0%	6%	7%	17%	8%
	Fev	0%	0%	4%	9%	0%	0%	20%	18%	6%
	Mar	10%	0%	15%	5%	11%	6%	8%	35%	11%
	Abr	0%	5%	5%	0%	0%	0%	21%	6%	5%
	Mai	0%	0%	0%	8%	8%	7%	17%	8%	6%
	Jun	0%	5%	4%	0%	0%	7%	18%	25%	7%
	Jul	5%	6%	12%	4%	0%	0%	14%	15%	7%
	Ago	0%	0%	4%	4%	0%	6%	23%	27%	8%
	Set	10%	11%	5%	4%	0%	17%	0%	33%	10%
	Out	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	23%	3%
	Nov	0%	0%	4%	10%	10%	6%	25%	8%	8%
	Dez	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Média		3%	6%	5%	4%	2%	5%	13%	18%	<b>7%</b>

Fonte: Elaboração própria.

#### 4. DISCUSSÃO

Ao longo de 20 anos, Pelotas teve um caráter pioneiro no Brasil na oferta de internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2002. Durante esse período de atuação, vários perfis de pacientes foram atendidos pelo serviço. No início, era destinado apenas a pacientes oriundos do Pronto-Socorro Municipal, com patologias variadas, através do Programa de Internação Domiciliar (PID) sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde<sup>12</sup>. Posteriormente, em 2005, o serviço foi reformulado e sob responsabilidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, foi implementado o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), destinando-se ao atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos<sup>13</sup>. Por fim, em 2012, após a publicação da Portaria 2.527 de outubro de 2011, foi criado o Programa Melhor em Casa (PMC) em Pelotas, passando a abranger novos perfis de cuidado, além do oncológico.

Desde a sua criação, o PMC vem passando por mudanças nos perfis e critérios de elegibilidade, sendo cada vez mais exigido graus de complexidade maior, com o objetivo de atuar prevenindo ou abreviando internações hospitalares. E nesse sentido, o SAD Pelotas tem acompanhado essa mudança, mas com poucos períodos com efetiva avaliação sistemática de perfis e indicadores, sendo necessário o monitoramento para verificar o alcance dos objetivos e metas.

Ao se considerar os pacientes idosos, os dados coletados mostram um predomínio destes com relação aos demais usuários admitidos pelo SAD Pelotas, seguindo as tendências de envelhecimento populacional ocorrendo no Brasil e em todo mundo, com projeções que apontam que o Brasil será a sexta maior população de idosos no mundo para 2050<sup>14</sup>. De maneira geral, o SAD está destinado a todas as faixas etárias, mas a população idosa é a mais frequentemente atendida<sup>15</sup>. O percentual maior de idosos encontrados na pesquisa corrobora com a maioria das pesquisas que tratam de perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na atenção domiciliar, como o estudo de Castellani e Magni<sup>16</sup> que investigaram o perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná e chegaram a um percentual de 79% de idosos, representando a grande maioria dos usuários atendidos pelo programa e os estudos de Silva e colaboradores<sup>17</sup>, em Montes Claros-MG, que identificaram que 67,9% dos pacientes atendidos eram idosos. Por fim, um estudo realizado em Maceió e outro em São José do Rio Preto apresentaram percentuais ainda maiores de idosos internados em seus serviços de atenção domiciliar, com percentuais de 80% e 74,9%, respectivamente<sup>18,19</sup>.

Ao se analisar os percentuais encontrados em outros serviços do país, observa-se que, apesar de a maior parte dos pacientes admitidos em Pelotas serem de idosos, o percentual fica um pouco aquém dos resultados relatados em outros municípios. Acredita-se que, por se tratar de um serviço que tem vocação para os cuidados paliativos, onde o principal objetivo é fazer o acompanhamento e tratamento de qualquer doença que ameace a vida desde o diagnóstico e não necessariamente apenas na terminalidade, uma grande proporção de adultos na faixa etária de 45-59 anos são admitidos no programa (41,26%). Juntando essa faixa etária com a dos idosos chega-se a um percentual de 83,36% de todos os pacientes admitidos no SAD Pelotas.

Com o crescimento do número de idosos no mundo e no Brasil, torna-se cada vez mais necessários modelos de atenção à saúde que incorporem ações e serviços em prol da qualidade de vida, centrado na pessoa e suas necessidades. Nesse sentido a atenção domiciliar têm se mostrado uma alternativa assistencial com potencial para redução das

complicações decorrentes de comorbidades, fortalecimento de vínculos, diminuição das internações e opção de morte digna para os idosos<sup>20</sup>.

Com relação à distribuição dos pacientes admitidos por sexo, identifica-se no SAD Pelotas um predomínio de pacientes do sexo feminino corroborando com vários estudos. Citam-se os achados de Silva e colaboradores<sup>17</sup>, com percentual de 55% para o sexo feminino, Carnaúba e colaboradores<sup>18</sup>, com um percentual de 56,9% e Castellani e Magni<sup>16</sup> com 54,7%. Essa distribuição mais frequente para o sexo feminino parece estar relacionada a diferentes razões por sexo na população brasileira, onde observa-se que para idades superiores a 25 anos ocorre excedente feminino (mais mulheres do que homens) e a partir dos 60 anos, esse excedente passa a ser maior ainda com proporção de 80 homens para cada 100 mulheres<sup>18</sup>.

Em relação à procedência do encaminhamento para o SAD Pelotas, a maioria dos encaminhamentos são provenientes de hospitais, seguido por unidades básicas de saúde. Castellani e Magni<sup>16</sup> chegaram a um percentual de 42% para pacientes provenientes de hospitais e UPAs e 58% provenientes da atenção básica. Os autores informam ainda que dentro desse percentual de hospitais e UPAs, está incluído pacientes do ambulatório de oncologia da unidade hospitalar do município. Sendo assim, ao se somar os dados de Pelotas com os encaminhamentos de hospitais, centros de oncologia e serviços de urgência e emergência, chega-se a um percentual de 53,68% representando a maioria dos pacientes encaminhados. Tal achado diverge dos achados de Castellani e Magni<sup>16</sup> que possuem maioria de pacientes provenientes da atenção básica.

Em 2018, com o intuito de monitorar os serviços de atenção domiciliar do país, com vistas a obter parâmetros de qualidade, o Ministério da Saúde publicou a nota técnica Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS<sup>10</sup>. Nesta, foram elencados dois novos parâmetros para os indicadores procedência dos encaminhamentos e percentual de alta clínica. No que diz respeito a procedência, estabeleceu-se um percentual maior ou igual a 40% de procedência de hospitais/serviços de urgência e emergência para municípios com 500 mil habitantes ou mais, e um percentual de 30% para municípios com menos de 500 mil habitantes. Neste sentido, com base nos resultados identificados nesta pesquisa, ao se juntar os percentuais de procedência de hospitais e serviços de urgência/emergência, chega-se ao valor de 36,21%. Como Pelotas possui pouco mais de 340 mil habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>21</sup>, este indicador de procedência está com valores considerados satisfatórios para nota técnica em questão.

Ao se analisar as condições de base, a maioria dos admitidos no SAD Pelotas correspondem às neoplasias, seguido pelas lesões de pele e hipertensão arterial sistêmica. Tais resultados corroboram com os estudos de Castellani e Magni<sup>16</sup> que obtiveram as neoplasias como condição de base mais frequente (39%). No entanto divergem de outros estudos que indicaram as doenças neurológicas e vasculares como as doenças de base mais frequentes, apresentando percentuais de 61,1% e 42%, respectivamente<sup>18,17</sup>. A divergência nos perfis de condições de base para indicação da AD parece estar associada, tanto a questões epidemiológicas regionais como características próprias do serviço<sup>17</sup>.

Importante ressaltar que a maior parte dos pacientes admitidos no SAD Pelotas apresentaram mais de uma condição de base. Essa presença simultânea de comorbidades também foi encontrada nos estudos de Carnaúba e colaboradores<sup>18</sup> e Silva e colaboradores<sup>17</sup>. Acredita-se que devido ao alto percentual de idosos, ocorra esse efeito de múltiplas comorbidades. E essas fazem com que os idosos fiquem mais dependentes,

umentando assim a demanda por cuidados, expondo-os para maiores vulnerabilidades e incapacidades<sup>22</sup>.

Ainda no que diz respeito ao perfil dos pacientes admitidos, o principal motivo encaminhado foi para cuidados paliativos, seguido pela dificuldade de manejo de outros sintomas e desospitalização/transição de cuidados e orientação à família sobre terminalidade. Tais resultados refletem a vocação do SAD Pelotas para aspectos relacionados aos cuidados paliativos, manejo de sintomas e questões sobre a terminalidade, aspectos esses que já vem sendo desenvolvidos e aprimorados desde 2005, estabelecendo-se assim como referência para a rede de atenção à saúde de Pelotas.

Ao se falar sobre a escolha dos principais indicadores de monitoramento das equipes assistenciais do SAD Pelotas, importante ressaltar que para facilitar a compilação e acompanhamento destes, no ano de 2019 foi criada uma planilha virtual, com vários dados do serviço e geração de indicadores. Nesse período, essa planilha foi aprimorada e foram priorizados alguns indicadores de acompanhamento mais próximos das equipes assistenciais. Tal medida foi implementada porque não estava sendo viável acompanhar uma grande quantidade de indicadores do serviço, uma vez que tal acompanhamento extensivo, não estava se traduzindo em tomada de decisões passíveis de serem executadas. Sendo assim, foram priorizados os indicadores descritos no quadro 1.

O principal intuito desses indicadores foi estimular a resolutividade do serviço, reafirmando o caráter complementar e transitório, focando nos perfis de elegibilidade orientados e incentivados pelo Ministério da Saúde, com caráter complementar a atenção básica e serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Por ser considerado um serviço de referência na rede de saúde local, ao longo dos anos houve um aumento considerável dos encaminhamentos ao serviço, sendo, portanto, necessário a adequação dos perfis e a resolutividade das ações, com o matriciamento dos casos com toda a rede, em especial a atenção básica. Caso não fosse feito, aconteceria o represamento dos encaminhamentos pela impossibilidade logística de atendimento dessa demanda. Para a escolha de indicadores essenciais, foi considerado a vocação do serviço para determinadas ações de saúde, como por exemplo a escolha do indicador óbito no domicílio, considerado um indicador de qualidade quando se trata de cuidados paliativos e final de vida.

Ao se analisar os indicadores elencados para monitoramento do SAD Pelotas, identificou-se um aumento gradativo no quantitativo dos formulários de solicitação de avaliação recebidos mensalmente, mostrando uma tendência de crescimento, como pode ser visualizado na figura 1, dado este que pode estar associado ao processo de envelhecimento populacional e a consolidação do serviço de atenção domiciliar como referência na rede de saúde local. Os atuais cenários de saúde nacional e internacional caracterizam-se por um aumento da demanda de cuidados a pacientes com condições crônicas e analisar a relação entre a demanda e a oferta de serviços de Atenção Domiciliar evidencia-se algumas motivações que desencadearam a implantação e atuação desses serviços, como por exemplo a desospitalização com liberação de leitos hospitalares; a desinstitucionalização de idosos em instituições de longa permanência; a racionalização de recursos e a humanização da assistência, sendo portanto, tanto motivações econômicas, quanto preocupações com a qualidade de vida e do cuidado prestado<sup>23</sup>. Tais motivações, também relacionada a tentativa de reestruturação dos modelos de atenção vigentes, poderiam explicar o aumento crescente da demanda do SAD Pelotas.

Já em relação à capacidade mensal das equipes, o SAD Pelotas acompanhou em média 17 pessoas por equipe. Tal dado tem que ser olhado com ressalva, uma vez que o SAD Pelotas é estruturado com a atuação simultânea de dois Programas distintos e complementares: o PMC e o PIDI. O PMC de Pelotas é formado por 3 EMADs tipo 1 que são equipes multiprofissionais de atenção domiciliar divididas em 6 (3 para manhã e 3 para tarde). O PMC, conforme portaria vigente, tem como prerrogativa o acompanhamento de até 60 pacientes simultâneos com atendimento de no mínimo uma vez por semana por EMAD tipo 1, o que representa uma média de 30 pacientes por equipe (considerando os dois turnos)<sup>1</sup>. Já o PIDI, representados pelas equipes do PIDI 1 e PIDI 2, acompanham no máximo 20 pacientes simultâneos (10 por equipe), devido à uma complexidade maior de cuidado em se tratando de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o que altera a média do serviço como um todo para um valor mais baixo. Considera-se importante ressaltar a expertise do serviço para acolher pacientes mais complexos, independente dos programas, o que contribui para uma taxa de acompanhamento com um quantitativo mais baixo, com a ocorrência frequente de atendimentos sequenciais de um mesmo paciente durante uma semana típica.

Em relação a taxa de avaliação mensal das equipes, o serviço tem uma média de 7 avaliações mensais por equipe. Em 2019, após análise da média histórica de encaminhamentos recebidos no serviço, que gerava em torno de 60 encaminhamentos mensais e verificando a capacidade de cada equipe em realizar novas avaliações, foi realizada uma reunião com as equipes e estabelecido metas de acompanhamento da produtividade das equipes, chegando-se ao valor mínimo de 8 avaliações mensais por EMAD de cada turno e 4 avaliações mensais para os PIDIs, totalizando no mínimo 56 avaliações mensais, com o objetivo de dar resolutividade aos encaminhamentos. Ao analisar o resultado desse indicador em 2021, observa-se valores dentro do esperado para o que foi pactuado em 2019, mas em virtude do aumento crescente dos encaminhamentos, torna-se necessário fazer novas pactuações e metas de acompanhamento das equipes, evitando assim represamento de avaliações pendentes.

A taxa mensal de admissão das equipes do SAD Pelotas ficou em 27%. Tal indicador demonstra o quanto que as equipes renovam os pacientes atendidos, dado importante que evidencia o caráter transitório do serviço, atuando sobretudo em desospitalizações e de forma complementar a atenção básica e que contribui para o não represamento dos encaminhamentos. Importante ressaltar que para que a rotatividade de pacientes aconteça, sem sobrecarregar as equipes, é necessário que os pacientes sejam acolhidos em suas demandas e que a equipe multiprofissional consiga ser resolutiva nas suas ações, conseguindo dar uma alta responsável e auxiliando no matriciamento da rede. Outro detalhe importante é a observação de taxas de admissão mais altas para as equipes dos PIDIs, representando uma maior rotatividade de pacientes na equipe. Acredita-se que isso ocorra pelo fato de serem admitidos pacientes mais graves, sendo sujeitos a intercorrências e eventuais internações hospitalares e óbitos.

Ao analisar a taxa mensal de altas melhoradas, o SAD Pelotas ficou com uma média de 9%. O valor ficou um pouco abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde através nota técnica N° 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS<sup>10</sup>, que coloca a meta em 10%. Tal resultado também deve ser observado com ressalvas, pois o valor de 9% engloba os dois programas e como os PIDIs atuam em pacientes mais graves e em cuidados paliativos, onde se discute bastante com a família as questões de internações hospitalares, possibilidade de óbito no domicílio e medidas antecipadas de vontade. Dessa forma, as taxas de altas melhoradas dos PIDIs são baixas, ficando em torno de 2,5%. Ao se

considerar apenas as equipes do Melhor em Casa, este indicador fica em 11%, dentro do esperado para nota técnica em questão.

Por fim, no que diz respeito ao indicador taxa de óbito no domicílio, como já falado anteriormente, este representa um indicador de qualidade para pacientes em cuidados paliativos. A taxa média geral de óbitos no domicílio do SAD ficou em 7%, sendo considerada baixa para o esperado no serviço. Rodrigues e colaboradores<sup>24</sup>, em estudo sobre o perfil e indicadores de um serviço de atenção domiciliar específico de cuidados paliativos, obtiveram um resultado de 51,4% de óbitos no domicílio. Já Reis e colaboradores<sup>19</sup> encontraram apenas 4,87% em um serviço de atenção domiciliar de um município do sudeste brasileiro. Cabe fazer ressalvas em relação ao valor encontrado em nosso estudo, que representa o total de todo o serviço envolvendo as equipes do PMC e PIDI, mas ao considerarmos apenas os PIDIs que são equipes exclusivas de cuidados paliativos, a taxa sobe para 15,5%. Outro detalhe importante é que nem sempre a família consegue lidar com o impacto do final de vida no domicílio, mesmo com o suporte da equipe, fazendo com que os pacientes sejam encaminhados para serviços de emergência e hospitalizações. O fato das equipes dos PIDIs fazerem visitas diárias facilita a geração de vínculo mais poderoso e termina trazendo mais segurança para família, sobretudo nos processos de final de vida, sendo, portanto, mais difícil para as equipes do Melhor em Casa que tem uma demanda de pacientes maior, fazendo uma frequência de visitas semanais menor. Tal reflexão corrobora com os estudos de Gomes e Higginson<sup>25</sup>, que em revisão sistematizada, mostraram que a probabilidade de morrer em casa é tanto maior quanto a presença de equipe de atendimento domiciliar e intensidade dos atendimentos. A escolha expressa do paciente também é um fator que favorece.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados encontrados é possível verificar que o perfil dos pacientes admitidos no SAD Pelotas é de usuários idosos, predominantemente mulheres, procedentes de hospitais, com neoplasia como condição de base mais frequente e o cuidado paliativo como motivo do encaminhamento.

No que diz respeito aos indicadores monitorados, observou-se um aumento gradual nos encaminhamentos de pacientes para o serviço de atenção domiciliar; capacidade de trabalho adequada do serviço, levando-se em consideração suas especificidades, porém com potencial de crescimento; taxa de avaliação mensal baixa para a atual demanda, sendo necessário fazer ajustes na logística; taxas de admissão e alta melhoradas satisfatórias, podendo ser estimulado processos de melhoria e taxa de óbito no domicílio baixa, sobretudo para o Melhor em Casa, sendo necessário cada vez mais capacitações das equipes e da rede para lidar melhor com a temática dos cuidados paliativos, em prol de uma melhor qualidade de vida e de morte.

É indispensável a caracterização desses perfis e indicadores de forma sistemática para identificação dos problemas reais e potenciais, permitindo fazer ajustes no percurso e com isso promover melhor organização do processo de trabalho, que ao final se traduzirá em melhor atendimento ao usuário e fortalecimento da rede de atenção à saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Atualiza As Equipes Habilitadas**. Brasília, 2016.
2. BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. FEUERWERKER, L. C. M.; MEHRY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 3, n. 24, p. 180-188, 2008.
4. CLOSS, V.E, SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.15, n. 3, p. 443-58, 2012.
5. DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol Serv Saude**, v.21, n. 4, p. 529-32, 2012.
6. BAJOTTO, A.P. et al. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. **Clin Biomed Res**, v. 32, n.3, p. 311-7, 2012.
7. SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.],v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.
8. BRASIL. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar**. Brasília, 2006.
9. BRASIL. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de monitoramento e avaliação-Programa Melhor em Casa**. Brasília:Ministério da Saúde, 2016.
10. BRASIL. Nota técnica Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS. **Monitoramento dos serviços de atenção domiciliar**. Brasília, 2018.
11. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Brasília, 2018.

12. FRIPP, Julieta Carriconde. **Projeto: Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar – PIDI**. Universidade Federal de Pelotas, Fundação de Apoio Universitário, Pelotas, 2005.
13. FRIPP, Julieta Carriconde. **Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar**. Universidade Federal de Pelotas, Hospital Escola, Pelotas, 2011.
14. SILVA, A.S. et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Glob Acad Nurs**, V 2(Sup.3), n. 188, 2021.
15. BORBA, A.R.B. **Avaliação do serviço de atendimento domiciliar no âmbito do SUS no município de Maracanaú-CE**. Dissertação de mestrado. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2013.
16. CASTELLANI, L.J, MAGNI, C. Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná. **Multitemas**, v. 26, n. 64, p. 159 -174, 2021.
17. SILVA, D.V.A et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p. 112-118, 2019.
18. CARNAÚBA, C.M.D. et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, p. 353-363, 2017.
19. REIS, G.F.M. et al. Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar. **Enferm Bras**, v. 20, n. 2, p. 191-205, 2021.
20. SILVA, K.L et al. Custo e efetividade de modalidades de serviços de atenção domiciliar para a população idosa: revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm**, v. 25, n. 1374, 2021.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/pelotas.html>. Acessado em 04 de Maio de 2022.
22. LEAL, R.C. et al. Percepção de saúde e comorbidades do idoso: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 53994-54004, 2020.
23. BRAGA, P.P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016.

24. RODRIGUES, L.F. et al. Perfil e indicadores da assistência de um serviço de atenção domiciliar em cuidados paliativos de um Hospital de Câncer. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 3, n. 1, p. 05-17, 2020.
  
25. GOMES, B., HIGGINSON, I.J. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. **British medical journal**, 2006.