



Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária*

Patients classification system in home care

Sistema de clasificación de pacientes en atención domiciliaria

Luiza Watanabe Dal Ben¹, Raquel Rapone Gaidiznski²

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste artigo é apresentar os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) existentes nessa área. **Métodos:** revisão bibliográfica. **Resultados:** Os instrumentos encontrados foram: de Garrard et al, *Home Health Care Classification System*⁴ Método Home Health Care Classification System (HHCC), segundo Saba (1991), *Escala Katz*, as tabelas utilizadas pela Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar e pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar, o TISS-Intermediário adaptado por Dal Ben e o catálogo de prestação de serviços da “Fondation des Services d’aide et de Soins à Domicile”. Desses instrumentos os dois últimos mensuram a carga de trabalho e os demais apresentam indicadores para obter recursos humanos e financeiros. **Considerações finais:** Quanto ao tempo despendido na assistência ao paciente considera-se como dependência total – 24 horas; dependência parcial – 12 horas; dependência moderada – 6 horas de assistência / dia / paciente.

Descritores: Serviços de enfermagem/organização & administração; Pessoal de saúde; Cuidados domiciliares de saúde; Recursos Humanos de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This article aims at presenting the existing patient classifications systems. **Methods:** a literature review. **Results:** Instruments found out are: that by Garrard et al, Home Health Care Classification System, Katz Scale, the utilized tables by the Brazilian Medical Enterprises in Home Care and by Home Care National Enterprises Center, the Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) for non-ICU patients, adapted by Dal Ben, and the catalog for services delivery of the Assistance and Home Care Services Foundation (Fondation des services d’aide et des soins à domicile). From these instruments, the last two mentioned measure the workload and others present indicators for obtaining human and financial resources. **Final considerations:** In relation to the time spent in caring patients, it is of 24 hours when dependence is total; of 12 hours when it is partial and moderated dependence – 6 hours caring/per day, per patient.

Keywords: Nursing services/administration & organization; Health Personnel; Home Nursing; Nursing Staff.

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de este artículo es presentar los sistemas de clasificación de pacientes existentes en esta área. **Metodos:** revisión bibliográfica. **Resultados:** Los instrumentos encontrados fueron: de Garrard et al, Home Health Care Classification System, Escala Katz, las tablas utilizadas por la Asociación Brasileña de Empresas de Medicina de Atención Domiciliaria y por el Nucleo Nacional de Empresas de Atención Domiciliaria, el TISS-Intermediário adaptado por Dal Ben y el catálogo de la prestación de servicios de la “Fundación de servicios de ayuda y atención domiciliária”. De esos instrumentos los dos últimos miden la carga del trabajo y los demás presentan indicadores para obtener los recursos humanos y financieros. **Consideraciones Finales:** Cuanto al tiempo gasto en la atención del paciente se considera de 24 horas para los que tienen dependencia total, de 12 horas para los que tienen dependencia parcial y de 6 horas por día/por paciente para los que tienen dependencia moderada.

Descriptorios: Servicios de Enfermería/organización & administración; Personal de Salud; Cuidados Domiciliarios de Salud; Personal de Enfermería.

* Este artigo é parte da tese de Doutorado intitulada “Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras”, apresentada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

² Professor Livre-Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O desempenho da prática de enfermagem na assistência domiciliar (AD), uma nova e crescente área de atuação da enfermeira no Brasil, exige conhecimento relacionado à responsabilidade ética, profissional e suas implicações legais no exercício da enfermagem⁽¹⁾.

Os parâmetros do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados, estabelecendo o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem à cobertura assistencial nas instituições de saúde estão na Resolução COFEN nº 293/2004⁽²⁾. Embora, se possa entender os assemelhados, essa Resolução não contempla o dimensionamento do pessoal de enfermagem aos ambulatórios e em AD.

Para a realização do planejamento e a avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem é preciso ter o conhecimento das variáveis envolvidas no processo de dimensionar o pessoal de enfermagem. Uma das etapas é a identificação da carga média de trabalho diária⁽³⁻⁴⁾. A carga de trabalho consiste no produto da quantidade média diária de pacientes/clientes assistidos, conforme o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de intervenção pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado, por cliente, de acordo com o grau de dependência ou intervenções realizadas⁽³⁻⁴⁾.

O desempenho da equipe de enfermagem está diretamente relacionado com a adequação do tempo de permanência do profissional de enfermagem no domicílio, de acordo com as necessidades do paciente, seu perfil pessoal e profissional; à viabilidade dos custos da assistência e à supervisão mantida pela enfermeira⁽⁵⁻⁶⁾.

Para tanto, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetiva estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossocio-espaciais do paciente⁽³⁾.

A partir da década de 60 do século XX, a literatura internacional e nacional tem apresentado inúmeros SCP como fundamentação da carga de trabalho em enfermagem, sobretudo para pacientes internados em hospitais.

Considerando a importância do tema, a presente pesquisa tem o objetivo de realizar uma revisão bibliográfica para identificar os SCP existentes na área de assistência domiciliar.

MÉTODOS

Para a coleta de dados foi realizado um levantamento bibliográfico, no período de 1970 a 2004, nas bases “SciELO”, “MEDLINE”, “LILACS”, “Web of

Science”, em catálogos de serviços e junto às associações de AD no Brasil. As associações e sociedades consultadas foram: Associação Brasileira de *Home Health Care* (ABRAHHCARE⁽⁷⁾), criada em julho de 1995; Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar (ABEMID⁽⁸⁾), fundada em 1997; Sociedade Brasileira de Enfermagem em *Home Care* (SOBEHC⁽⁹⁾), fundada em fevereiro de 2000; Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD⁽¹⁰⁾), criado em 2003.

RESULTADOS

No levantamento bibliográfico, o estudo de Inui et al.⁽¹¹⁾, identifica a adequação das indicações da equipe de assistência domiciliar de um hospital para pacientes ao programa de AD. Conclui que a técnica de avaliação apresentada, embora confiável, demandava um custo elevado, pela exigência de juizes, enfermeiras com habilidades clínicas e com experiência relevante anterior.

O instrumento desenvolvido por Garrard et al.⁽¹²⁾, em 1987, em forma de “*check list*” permite reconhecer o perfil do paciente que necessita assistência de enfermagem no domicílio, no momento da alta hospitalar, mas não quantifica a demanda do cuidado no momento da alta hospitalar. Esse instrumento é dividido em três categorias: problemas de saúde/médico; problemas psicossociais/comportamentais e educação/coordenação da necessidade de cuidados. Desses vinte e cinco itens, se um item for assinalado, demonstra a indicação do paciente ao serviço de AD.

O *Home Health Care Classification System* (HHCC)⁽¹³⁾ - Classificação do Cuidado em Saúde Domiciliar de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, é um método para acessar e classificar pacientes, a fim de determinar os recursos necessários para fornecer serviço de atendimento domiciliar à população com seguro saúde Medicare (USA) e que, inclui os resultados do cuidado prestado. Esta classificação foi conduzida por Saba⁽¹³⁾ na Escola de Enfermagem da Georgetown University e, foi traduzida ao português por Heimar F Marin. O estudo contribui para a identificação das atividades desenvolvidas em assistência domiciliar, auxiliando no cotidiano da prática da AD. Cada componente de enfermagem é definido como um conjunto de elementos que representa o padrão funcional, comportamental ou fisiológico do cuidado de saúde em domicílio, relatando um padrão único da prática clínica de enfermagem em saúde comunitária⁽¹³⁾.

No HHCC, as intervenções de enfermagem são definidas como ação de enfermagem, tratamento, procedimento ou atividade designada a atingir um resultado para o diagnóstico médico ou de enfermagem, pelo qual a enfermeira é responsável. As descrições, quanto ao tipo de ação de enfermagem para cada

intervenção são respectivamente: a) avaliar (assessment) o dado coletado e analisar o estado de saúde; b) cuidado direto é o desempenho de ação terapêutica; c) ensinar é prover conhecimento e habilidade; d) gerenciamento é coordenar e encaminhar⁽¹³⁾.

Na Suíça, o grupo de estudo formado, em 1992, pelos profissionais dos cantões da Suíça Romande, Berne e Tessin, do *Institut Suisse de la Santé Publique* (ISP)⁽¹⁴⁾, definiu e publicou seu processo de investigação para mensurar a carga de trabalho nos cuidados na assistência em domicílio nos territórios citados. Nessa pesquisa, são identificadas as contribuições dos instrumentos Escala Katz e *Home Health Care Classification System* (HHCC), no processo de gestão, administração e qualidade da assistência prestada. A influência da utilização dos mesmos e o impacto desses nos níveis decisórios, envolvendo os profissionais, a política e, conseqüentemente, as fases de planejamento, organização, produtividade e de controle. O método Escala Katz avalia a evolução da autonomia e independência funcional do paciente; foi desenvolvido pelo Professor Sidney Katz e sua equipe, na Universidade de Columbia (EUA), é constituído do “*Index of independence in Activity of Daily Living*” (ADL), com o objetivo de avaliar o desempenho individual em relação às atividades básicas de vida diária (AVD)⁽¹⁴⁾.

O instrumento *Intermediate TISS - therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients*, apresentado por Cullen, Nemeskal e Zaslavsky⁽¹⁵⁾, foi adaptado para identificar as intervenções presentes nos pacientes atendidos em AD. O instrumento foi traduzido para a Língua Portuguesa, como TISS - Intermediário e para obter o consenso de especialistas, considerados juizes, foi utilizada a Técnica Delphi em três etapas. Os juizes foram enfermeiras com experiência de 2 até 13 anos em AD, na cidade de São Paulo, que atuavam na determinação do quantitativo de horas diárias de assistência de enfermagem domiciliária no momento da alta hospitalar. Esse estudo considerou a estreita relação entre estado de gravidade do paciente e a relação com o tempo de enfermagem necessário para o seu atendimento⁽⁵⁻⁶⁾.

O resultado obtido foi um instrumento composto de 104 intervenções, sendo 50 mantidas do TISS - Intermediário e 54 novas intervenções que os juizes apontaram, como importantes na determinação do tempo de assistência de enfermagem domiciliária. As cinquenta e quatro novas intervenções foram classificadas, de acordo com os domínios propostos por *Nursing Interventions Classification* (NIC), sendo 30 de domínio fisiológico básico, 13 de domínio fisiológico complexo, três de domínio comportamental, duas de domínio segurança, duas de domínio família, quatro de domínio sistema de saúde. Todas as novas intervenções apontadas são específicas da enfermagem e peculiares à assistência de enfermagem domiciliária. Desse instrumento, 46 itens

são classificados como atividades conjugadas porque permitem a execução de outras intervenções ao mesmo tempo; 58 itens são denominados atividades isoladas por não possibilitarem a execução de outras atividades concomitantes. O instrumento adaptado foi publicado em 2004, na Revista da Escola de Enfermagem da USP⁽⁵⁻⁶⁾.

A ABEMID recomenda a todas as empresas associadas o emprego dos instrumentos: Tabela de avaliação de complexidade assistencial – ABEMID (Anexo 1) e da Tabela de avaliação socioambiental – ABEMID (Anexo 2) para a classificação dos pacientes. Esses instrumentos têm sido empregados sobretudo por uma das empresas líderes pela fundação da ABEMID. Essas tabelas são aceitas pelos planos de saúde do setor privado que ao classificarem os pacientes em alta complexidade, não geram muitos questionamentos por parte dos auditores dos planos de saúde. As autoras possuem a autorização do presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar para divulgar na tese de doutorado, as tabelas utilizadas pela associação.

A classificação dos pacientes, em alta complexidade, apontada na tabela ABEMID, como acima de 19 pontos e 24 horas de assistência de enfermagem, pelo alto grau de dependência de cuidados, refere-se a pacientes que necessitam dos mesmos aparatos utilizados durante sua internação hospitalar em unidades de cuidados intensivos e semi-intensivos. Assim, ao serem transferidos ao domicílio precisam durante sua internação domiciliária do mesmo quantitativo de 24 horas de assistência de enfermagem e de uma equipe multiprofissional. Os aspectos relacionados ao ambiente sociofamiliar apresentado no Anexo 2 estão sendo submetidos à apreciação da ABEMID para sua validação clínica pelas empresas associadas, em função da importância do contexto sociofamiliar na indicação da AD.

O NEAD adota outro SCP, sendo utilizado por uma das empresas que liderou a sua fundação. Os instrumentos apresentam pontuações distribuídas por grupos de indicadores, que de acordo com o quantitativo de pontos, classificam o paciente para avaliar a sua indicação para internação domiciliária de acordo com o quantitativo de horas de assistência de enfermagem (visitas, 6, 12 e 24 horas) (Anexo 3), ou a manutenção do paciente em internação domiciliária (Anexo 4). O NEAD também está solicitando às empresas associadas a validação clínica dos instrumentos. As autoras possuem a autorização do presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi para divulgar na tese de doutorado as tabelas utilizadas pelo núcleo.

Os instrumentos de classificação de pacientes utilizados pelas associações apresentados nos Anexos 1-4 verificam a presença de intervenções nos pacientes que demandam cuidados de enfermagem, demonstrando que existe um movimento para se provar a necessidade de classificar o paciente para o dimensionamento de pessoal de

enfermagem domiciliar.

Em Genebra, a “Fondation Des Services D’aide Et De Soins À Domicile”- (FSASD)⁽¹⁶⁾, a partir de 2004, utiliza um catálogo de prestação e tratamento que direciona a prática profissional de cuidados de ajuda em domicílio. Para cada procedimento, há um código, uma descrição do que consiste o cuidado de ajuda a ser ministrado ao paciente, a frequência em que é oferecido se semanal ou mensal, e a mensuração do tempo previsto para execução dos cuidados é apresentada em minutos. Por exemplo, a realização de banho completo do paciente no leito recebe o código 101, e os passos são: o preparo do banho e a retirada da roupa, banhar o cliente, aplicar uma loção protetora de pele, vestir o cliente, pentear os cabelos e refazer o leito. O procedimento tem a cobertura do seguro de saúde do governo (LAMAL), uma vez por dia em todos os dias da semana, o tempo despendido é de 40 minutos. Esse catálogo está apresentado como Anexo na tese de doutorado da autora.

Os cuidados em domicílio são classificados, como cuidados de enfermagem, cuidados básicos e cuidados de ajuda em domicílio, sendo tais cuidados classificados em ações sociais, ações familiares e outras prestações de cuidados⁽¹⁴⁾. Os cuidados básicos são realizados por profissionais com conhecimentos obtidos de formação básica, semelhantes ao técnico de enfermagem do Brasil. Os cuidados de ajuda em domicílio são oferecidos, em especial, aos idosos e incluem a estrutura de manutenção das atividades de vida diária todos os dias da semana e, atualmente, está sendo estendido a 24 horas por dia.

Cabe lembrar que é competência dos enfermeiros em Genebra, orientarem somente os familiares e os pacientes em técnicas exclusivas de enfermagem, sendo proibida essa prática a pessoas contratadas pelas famílias que utilizarão desse conhecimento para fins empregatícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se comparar o tempo despendido aos cuidados de enfermagem no catálogo utilizado em Genebra, pela FSASD, com o TISS-Intermediário adaptado por Dal Ben⁽⁵⁾ e Dal Ben, Sousa⁽⁶⁾, observa-se que o tempo é semelhante.

O tempo médio despendido no cuidado, conforme o grau de dependência do paciente e segundo os instrumentos de classificação pode-se considerar como: dependência total – 24 horas de assistência / dia / paciente; dependência parcial – 12 horas de assistência / dia / paciente; dependência moderada – 6 horas de assistência / dia / paciente.

O TISS-Intermediário adaptado para a realidade da cidade de São Paulo e o catálogo utilizado em Genebra pela FSASD são instrumentos que apresentam a mensuração do tempo despendido na realização de cuidados de enfermagem em AD. Assim, podem ser utilizados como

fonte na identificação da carga de trabalho e subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem em AD.

REFERÊNCIAS

1. Perspectivas sobre os rumos da enfermagem Oguisio T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: LTr; 1999. p. 171-85.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2004. [citado 2005 Jun 5] Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resoluções/Resolução293.htm>
3. Gaidzinski RR. Dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1994.
4. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.
5. Dal Ben LW. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
6. Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. Rev Esc Enferm. USP. 2004; 38(1):80-9.
7. Polianna P. A especialização faz o profissional [entrevista]. Rev Negócios e Soluções em Home Care. 2002; 3(15):3-6.
8. Vilar JM. Visão da ABEMID sobre o cenário atual de assistência à saúde privada no Brasil. Rev Bras Home Care. 2003; 8(97):4. .
9. SOBEHC – Sociedade Brasileira de Enfermagem Home Care – www.abesenacional.com.br/outras.html – acesso em 15/05/2005 achei o site: http://www.abesenacional.com.br/so_outras.html
10. NEAD – Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar – nead.saude@itelefonica.com.br
11. Inui TS, Stevenson KM, Plorde D, Murphy I. Needs assessment for hospital-based home care services. Res Nurs Health. 1980; 3(3):101-6.
12. Garrard J, Dowd BE, Dorsey B, Shapiro J. A checklist to assess the need for home health care: instrument development and validation. Public Health Nurs. 1987; 4 (4):212-8.
13. Classificação do cuidado em saúde domiciliar

- (HHCC) de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem [texto n the Internet]. Traduzido por Marin HF. São Paulo: Centro de Informática em Enfermagem; 1991[cited 2005 Jan 5] Disponível em: <<http://www.sabacare.com/portuguesetrans.html>> [Texto original: Saba V. Home Health Care Classification (HHCC), Of Nursing Diagnoses And Interventions].
14. Institut Suisse Santé Publique. Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin: Mesure de la charge de travail. Lausanne,IFG/ISP;1996.
15. Cullen DJ, Nemeskal AR, Zaslavsky AM. Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervention Scoring System for non-ICU patients. Crit Care Med. 1994; 22(9):1406-11.
16. Foundation des Services d'Aide et de Soins à Domicile - FSASD - Aide et soins à domicile – De vou à nous – Genève [manual].

Anexo I - Tabela de complexidade assistencial - Fonte: ABEMID, 2004.

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID ⁴		
Efetuada em: ____/____/____		
Nome do Paciente:	Complexidade:	
Idade:	Programação em dias de atendimento – 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento – 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento – 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos Atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Subcutânea	3
	Intravenosa	5
	Intratecal	5
Suporte ventilatório	O ² Intermitente	2
	O ² Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisioterapia / Fonoaudiologia / Etc.	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Íleo	3
	Nutrição Parenteral Total	5

⁴ Divulgação autorizada pelo presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar

Classificação dos Pacientes		Total:
Inferior a 7 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 8 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um escore 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Assinatura e carimbo:		Data:
Observações:		
I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:		
1- Entende-se por paciente independente aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem-		
2- Entende-se por parcialmente dependente , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:		
a) Somente se mobiliza do leito com ajuda de terceiros.		
b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.		
c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.		
d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.		
3- Entende-se por totalmente dependente , aquele que:		
a) apresentam-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com três ou mais intervenções diárias.		
b) apresenta-se inconsciente / comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado à necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.		
c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.		
d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P.O.		
II) Quanto à Classificação:		
a) Se o somatório de pontos obtidos for menor ou igua a sete pontos , o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar.		
b) Se o somatório de pontos obtidos for de 8 a 12 pontos , o paciente será considerado de Baixa		
c) Se o somatório de pontos obtidos for de 13 a 18 pontos , o paciente será considerado de Médica		
d) Se o somatório de pontos obtidos for igual ou superior a 19 pontos , o paciente será considerado de Alta		
e) Ao obter uma pontuação cinco, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade.		
f) Ao obter dois ou mais pontuações cinco , o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).		
Obs.1 – Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados à coluna SUPORTE		
TERAPÊUTICO , os pontos NÃO se somam, SEMPRE prevalecendo o item de MAIOR pontuação em		
Obs.2 – Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h.		
Obs.3 – Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h.		

Anexo II - Tabela de avaliação socioambiental - Fonte: ABEMID, 2004.

TABELA DE AVALIAÇÃO SÓCIO-AMBIENTAL – ABEMID ⁵		
1) AVALIAÇÃO SOCIAL		
	Critérios	Pontuação
A) Estrutura Familiar:		
a)	Núcleo familiar não identificado e sem condições de estruturação do cuidado	0
b)	Núcleo familiar não identificado mas com condições de estruturação do	2
c)	Núcleo familiar identificado, apóia a ID, mas não deseja assumir o cuidado	5
d)	Núcleo familiar identificado, apóia a ID, e responsabiliza-se pelo cuidado	10
B) Consentimento e Participação Familiar		
a)	Família não aceita a desospitalização	0
b)	Família aceita a ID, mas resiste por dificuldades financeiras e estruturais	2
c)	Família aceita a ID, mas resiste por insegurança com o processo	5
d)	Família apóia integralmente a desospitalização	10
C) Identificação e Treinamento do Cuidador		
a)	Não aceita “Cuidador” (familiar ou profissional)	0
b)	Aceita “Cuidador” mas não tem recursos para assumir	2
c)	Aceita “Cuidador” e familiar assumirá o cuidado	2
d)	Aceita “Cuidador” e financiará o trabalho o “Cuidador”	10
INTERPRETAÇÃO DO ESCORE		
1)	Somatório dos itens A+B+C atinge 0 e 6 pontos:	Pacientes NÃO elegível para ID
2)	Somatório dos itens A+B+C atinge 7 a 15 pontos:	Paciente é elegível com rigoroso
3)	Somatório dos itens A+B+C atinge 16 ou mais pontos:	Paciente totalmente elegível para ID
2) AVALIAÇÃO AMBIENTAL		
	Critérios	Pontuação
A) Espaço Físico		
a)	Residência não possui cômodo específico para receber o paciente	0
b)	Residência possui cômodo inadequado e com limitadas condições de reestruturação	2
c)	Residência possui cômodo específico, mas necessita de reformas simples para sua	5
d)	Residência possui cômodo totalmente adequado para receber o paciente	10
B) Acesso Físico		
a)	Residência sem elevador e a escada não permite subir a maca	0
b)	Residência sem elevador mas a escada permite subir a maca	5
c)	Residência com elevador e sem dificuldade de acesso	10
C) Segurança e Meio Ambiente		
a)	Freqüente falta de água	Não recomendável ID
b)	Freqüente falta de luz	Não recomendável ID
c)	Esgoto não ligado à rede pública	Não recomendável ID
d)	Local considerado de alto risco de segurança	Não recomendável ID
e)	Distante mais de 100 Km da Central de Atendimento	Não recomendável ID
f)	Ausência de telefone no local da ID	Não recomendável ID
INTERPRETAÇÃO DO ESCORE		
1)	Somatório dos itens A+B entre 0 e 2 pontos	Paciente NÃO elegível para ID
2)	Somatório dos itens A+B entre 3 e 7 pontos	Paciente elegível condicionalmente
3)	Somatório dos itens A+B acima de 8 pontos	Paciente totalmente elegível para
OBS: A identificação de qualquer item de segurança e meio ambiente, leva a condição de elegibilidade para		

⁵Divulgação autorizada pelo presidente da ABEMID, Dr. Josier Vilar.

Anexo III - Tabela de avaliação para internação domiciliar – Fonte: NEAD, 2004.

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR – NEAD⁶

Paciente: _____

Convênio: _____

GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
Internações no último ano		Alimentação		Secreção Pulmonar	
. 0-1 internação	0	. sem auxílio	0	. ausente	0
. 2-3 internação	1	. assistida	1	. peq/mod.quantidade	1
. mais de 3 interações	2	. por sonda	2	. abundante	2
		. por cateter	3		
Tempo desta Internação		Curativos		Drenos/Catet./Estomias	
. menos de 10 dias	0	. ausentes ou simples		. ausentes	
. 10-30 dias	1	. médios	1	. presente c/ família apta	1
. mais de 30 dias	2	. grandes	2	. presente c/família	2
		. complexos	3		
Deambulação		Nível de Consciência		Medicações	
. sem auxílio	0	. consciente e calmo	0	. VO ou SNE	0
. com auxílio	1	. consciente e agitado	1	. IM ou SC 1 ou 2xdia	1
. não deambula	2	. confuso	2	. IM ou SC mais 2xdia	2
		. comatoso	3	. EV 1 ou 2 x dia	3
				. EV mais 2 x dia	4
Plegias		SUBTOTAL 2 (x2)		Quadro Clínico	
. ausentes	0	Totais	Programa	. estável	0
. pres. c/ adaptação	1	< 8	sem indicação Int.	. instabilidade parcial	1
. pres. s/ adaptação	2	8 a 15	I.D. c/ visitas de	. instável	2
		16 a 20	I.D. c/ até 6h de		
		21 a 30	I.D. c/ até 12h de		
		> 30	I.D. c/ ate 24h de		
Eliminações		Padrão Respiratório		Dependência de O2	
. sem auxílio	0	. eupnéico	0	. ausente	0
. com auxílio ou sonda	1	. períodos de dispnéia	1	. parcial (resp. esp.)	1
. sem controle esfínteres	2	. dispnéia constante	2	. contínua (resp. esp.)	2
. sondagem intermitente	3	. períodos de apnéia	3	. vent. mecânica interm.	3
				. vent. mecânica contínua	4
Estado Nutricional		TOTAL 1+2+3		SUBTOTAL 3 (x3)	
. eutrófico	0				
. emagrecido	1				
. caquético	2				
Higiene					
. sem auxílio	0				
. com auxílio	1				
. dependente	2				
SUBTOTAL 1 (x1)					

Obs.

Conclusão:

⁶Divulgação autorizada pelo presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi

Anexo IV- Tabela de manutenção em internação domiciliar – Fonte: NEAD, 2004.

TABELA DE MANUTENÇÃO EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR – NEAD⁷							
Paciente: _____							
Convênio: _____							
	Datas das Avaliações						
	/	/	/	/	/	/	/
Quadro Clínico							
. estável	0						
. não estável	2						
Aspirações Traqueais							
. ausentes	0						
. até três aspirações	1						
. três a seis aspirações	2						
. mais de seis aspirações	4						
Sondas/Drenos/Cateteres/Estomias							
. ausentes	0						
. presença com família apta	1						
. presença sem família apta	2						
Procedimentos Técnicos Invasivos							
. ausentes	0						
. 1 x dia	1						
. 2 x dia	2						
. 3 x dia	3						
. 4 x dia	4						
. mais de 4 x ao dia	5						
Padrão Respiratório							
. eupnéico	0						
. períodos de dispnéia	1						
. dispnéia constante	2						
. períodos de apnéia	3						
Dependência de O₂							
. ausentes	0						
. parcial	1						
. contínua	2						
. ventilação não invasiva	3						
. ventilação invasiva intermitente	4						
. ventilação invasiva contínua	5						
Curativos							
. ausentes ou simples	0						
. pequenos	1						
. médios	2						
. grandes/múltiplos	3						

⁷Divulgação autorizada pelo presidente do NEAD, Dr. Ari Bolonhesi