

Definição de dados essenciais para software que sinalizará condições de desospitalização para a internação no domicílio

Definition of essential data to software which will point out the dehospitalization conditions for home care

Definición de los datos esenciales para el software que señalará las condiciones de desempeño de los pacientes a la atención domiciliaria

Márcia Soares Evangelista | msevangelis@gmail.com

Universidade de Brasília (UNB), Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Valdenísia Apolinário Alencar | valdenisiaenf@gmail.com

Universidade de Brasília (UNB), Departamento de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Wilson Henrique Veneziano | wilsonhe@unb.br

Universidade de Brasília (UNB), Departamento de Ciência da Computação. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Emerson Fachin-Martins | efmartins@unb.br

Universidade de Brasília (UNB), Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Resumo

Objetivou-se aplicar formulário para identificação de dados essenciais à gestão da desospitalização com vistas na elaboração de software. Depois de revisados os documentos, um grupo de discussão propôs lista inicial de dados estruturados em formulário para definição de subgrupo de dados essenciais, cuja validade de conteúdo foi definida por profissionais da internação domiciliar no Distrito Federal. O formulário foi então concebido reunindo dois conjuntos de dados iniciais, cuja essencialidade foi definida por escolha ou qualificação. Foram considerados essenciais 15 dos 29 dados para escolha e 27 dos 45 dados para qualificação. Dados essenciais foram aqueles cuja validade de conteúdo foi definida pelos futuros usuários, que estabeleceram os requisitos iniciais para elaboração de um software. Entretanto, um dado importante (procedência) não foi considerado essencial pelo método, o que reforça a necessidade de análise qualitativa no final do processo para apropriada definição da essencialidade e dos requisitos para desenvolvimento do software.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Hospitalização; Sistemas de informação; Análise de dados; Programas de computação.

Abstract

The aim was to apply a form to identify essential data for dehospitalization management, breaking new ground to design software. Documents were used to propose an initial data list by discussion group which elaborates the form to define a subset of essential data whose content validity was defined by home care professionals in the Distrito Federal. The form was then designed in two initial datasets whose essentiality was defined by choice or qualification. In the form, it was considered essential 15 among 29 chose data and 27 among 45 qualification data. The data considered essential had their content validity defined by future users informing initial requirements for a software. Nevertheless, an important data (origin) was not considered essential by the applied method, reinforcing the need for qualitative analysis at the end of the process for appropriate definition of essentiality and requirements which will give support to software development.

Keywords: Home Care services; Hospitalization; Information systems; Data analysis; Software.

Resumen

Su objetivo era implementar formulario para identificar datos esenciales a la deshospitalización. Después de documentos revisados, un grupo de discusión ha propuesto lista de datos que se ha estructurado en formulario para definir subconjunto de datos cuya validez fue definida por profesionales de la hospitalización domiciliaria en el Distrito Federal. El formulario está diseñado en dos conjuntos de datos cuya esencialidad ha sido definida por elección o calificación. Fueron considerados 15 de 29 concernientes a la elección de datos y 27 de los 45 datos de calificación. Datos esenciales fueran aquellos cuya validez de contenido ha sido definida por los futuros usuarios, los cuales establecieron los requisitos iniciales para el desarrollo del software. Uno dato importante (procedencia), sin embargo, no ha sido esencial por el método, lo que muestra la necesidad de un análisis cualitativo al final del proceso para obtener una definición apropiada de esencialidad y requisitos para software.

Palabras clave: Servicios de asistencia domiciliaria; Hospitalización; Sistemas de información; Análisis de datos; Software.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Marcia Soares Evangelista, Valdenísia Apolinário Alencar e Emerson Fachin-Martins
Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Marcia Soares Evangelista, Valdenísia Apolinário Alencar e Emerson Fachin-Martins
Redação do manuscrito: Márcia Soares Evangelista
Revisão crítica do conteúdo intelectual: Wilson Henrique Veneziano e Emerson Fachin-Martins
Análise estatística: Marcia Soares Evangelista e Emerson Fachin-Martins

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram que não há quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Recursos financeiros oriundos do Edital PPSUS/FAPDF 2010 (Processo: 0193.000.346/2010); PROEXT Edital 2011 e Edital 24/2011 PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE).

Considerações éticas: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SESDF, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa (FEPECS), com parecer número 239.633.

Agradecimento/Contribuições adicionais:

Agradecemos à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) pela possibilidade de realização da pesquisa, aos profissionais dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) e das Gestões de Leitões Hospitalares (GLH) que concederam o uso de seus conhecimentos e experiência, à Universidade de Brasília pelo apoio acadêmico e aos recursos financeiros oriundos do Edital PPSUS/FAPDF 2010 (Processo: 0193.000.346/2010); PROEXT Edital 2011 e Edital 24/2011 PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE). Agradecemos ainda aos estudantes do curso de Ciência da Computação da Universidade de Brasília, Pedro Vaz de Melo Medeiros e Jônatan Augusto Silva Amorim, pelo trabalho de desenvolvimento do software.

Histórico do artigo: Submetido: 21.nov.2014 | Aceito: 14.mai.2015 | Publicado: 30.set.2015

Licença: CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores

Introdução

Embora no Brasil, desde a década de 1970, seja possível encontrar pesquisadores que propuseram modelos alternativos ao modelo hospitalocêntrico, com possibilidade de reforma, organização e financiamento da assistência em saúde, ainda hoje a assistência hospitalar predomina^{1,2}.

Esse modelo, que é centrado na hegemonia de internações e nos procedimentos realizados no hospital, encontra um cenário de muitas dificuldades e alto custo que onera os cofres públicos. Essas dificuldades são principalmente caracterizadas pelo crescimento da procura de serviços de emergência e urgência em que aproximadamente 40% destes atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados hospitalares¹⁻³.

Além disso, o modelo hospitalocêntrico nem sempre fornece a eficiência adequada para a resolução de alguns problemas, acarretando longos períodos de permanência no hospital, ocupação desnecessária de leitos, altos custos com saúde e aumento de riscos biológicos^{1,4}.

Como alternativa a esse modelo, a atenção domiciliar é apontada como uma boa opção de gestão da assistência, justificada principalmente por propiciar inovações no arranjo tecnoassistencial em saúde; maior humanização da assistência; melhor adesão e otimização da proposta terapêutica ao paciente e desospitalização de indivíduos em internações hospitalares redundantes e com alta precoce^{2,5}.

Considerando a necessidade de organização, registro e análise das informações inerentes aos sistemas de gestão, adequações aos sistemas de informação já existentes, bem como a criação de novos sistemas são necessários e preconizados pelo poder público para se estabelecer indicadores e parâmetros para essa modalidade de atenção⁶⁻⁸.

A necessidade de disponibilizar indicadores e parâmetros conforme preconizado pelo poder público reflete uma valorização da informação e do conhecimento disponível. Entretanto, no processo habitual do trabalho, o registro de informação necessária para disponibilizar tais indicadores e parâmetros pode representar uma dificuldade que poderia ser facilitada pelo uso de um software^{9,10}.

Apesar de ser muito comum encontrar na literatura científica estudos que definem dados essenciais para elaboração de sistemas de informação em saúde^{11,12}, até o momento não existem referências que tenham descrito um conjunto de dados essenciais para subsidiar prontuários eletrônicos e softwares para suporte à gestão da atenção domiciliar.

Desta forma, o estudo que fundamenta este artigo teve por objetivo definir a essencialidade de dados relativos à desospitalização que subsidiassem a elaboração de um software com base na percepção de possíveis usuários que, no ano de 2013, faziam parte da gestão e funcionamento dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar do Distrito Federal.

Método

A descrição metodológica foi organizada em cinco seções: (1) descrição do cenário em que a pesquisa foi realizada, caracterizando a população-alvo e os procedimentos de amostragem empregados no estudo; (2) descrição do delineamento utilizado para realização da pesquisa que aconteceu em duas etapas; (3) descrição da primeira etapa (elaboração do formulário para identificação dos dados essenciais); (4) descrição da segunda (definição da essencialidade); (5) descrição final de como os dados definidos como essenciais tiveram sua validação de conteúdo verificada.

População-alvo do estudo e amostragem

O estudo teve como cenário de pesquisa as Regionais de Saúde do Distrito Federal que possuíam equipes atuantes nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) e nas Gestões de Leitos Hospitalares (GLH)

na ocasião da aplicação do formulário no ano de 2013. As GLH são responsáveis pela gestão dos leitos hospitalares e geridas pelas autoridades definidas na SESDF pela Portaria nº16, de 13 de fevereiro de 2012.

Os NRAD têm como atribuição oferecer atenção domiciliar, realizada por equipe multiprofissional, para pessoas com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, e que exijam cuidados que superem aqueles oferecidos pela atenção primária, dando continuidade ao cuidado para aquelas classificadas pelas diretrizes para classificação da complexidade do cuidado em atenção domiciliar definidas pelo Ministério da Saúde⁷.

Eles constituem a forma pela qual a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) que, em abril de 2013, contava com 15 núcleos implantados nas Regionais de Saúde de Ceilândia, Guará, Asa Norte, Asa Sul, Paranoá, São Sebastião, Sobradinho, Planaltina, Taguatinga, Brazlândia, Samambaia, Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas, Gama e Santa Maria.

A população-alvo foi amostrada em 12 Regionais de Saúde com seus respectivos NRAD e suas GLH. As Regionais de Saúde de São Sebastião e do Núcleo Bandeirante não possuíam Hospitais Regionais, conseqüentemente não possuíam gestores de leitos. Integrou também esta amostra o gestor de leitos do Hospital de Base do DF, hospital que não está inserido em uma Regional de Saúde específica, mas sim ligado diretamente à SESDF.

Os critérios de inclusão dos NRAD para formar a amostra foram dois: (1) estar formalmente inserido na Rede de Atenção Domiciliar da SESDF; e (2) ter sido implantado a mais de um ano, contado a partir da data de sua implantação até a data em que os NRAD foram amostrados neste estudo em 10 de abril de 2013. Depois de selecionados os NRAD e as GLH que participaram do estudo, todos os 157 profissionais dos NRAD e os 11 gestores de leito foram convidados a integrar a pesquisa. Foram excluídos da amostra os que não concordaram em participar da pesquisa, bem como os que não preencheram os formulários encaminhados.

Delineamento do estudo

Delineou-se um estudo do tipo exploratório descritivo constituído por duas etapas. A primeira foi formada pelo conjunto de procedimentos realizados para se propor uma lista inicial de dados e estruturar um formulário a ser empregado, na etapa seguinte, para delimitar um subgrupo de dados essenciais cuja validade de conteúdo foi definida por profissionais da internação domiciliar no Distrito Federal.

Primeira etapa – elaboração do formulário para identificação dos dados essenciais:

Nesta primeira etapa, documentos oficiais e científicos foram analisados de modo a servirem de suporte para a decisão dos conteúdos a serem propostos na lista inicial de dados. Essa etapa de análise e reflexão documental (documentos oficiais e referências localizadas nas bases de dados SciELO e PubMed/Medline até abril de 2013) foi feita por um grupo de discussão que leu e fragmentou os conteúdos dos documentos em unidades textuais que expressam algum significado de interesse para a atenção domiciliar por meio de uma palavra ou um conjunto de palavras, que passaram a ser chamados de dados. Entre os documentos oficiais utilizados, foram consultadas leis e portarias brasileiras que estabelecem critérios de funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, dentre elas: Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002¹³; da RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006¹⁴; da Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011¹⁵; da Portaria nº 963/GM/MS¹⁶ e do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF^{17,18}. No que diz respeito aos documentos científicos, foram consultados os artigos que estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados utilizadas. Ainda nessa etapa inicial, o grupo de discussão se orientou pelos princípios metodológicos utilizados na técnica do grupo focal¹⁹, para apreender

as percepções, opiniões e sentimentos manifestados pela leitura e discussão de cada documento oficial e científico, em um ambiente de interação entre os participantes. Um deles assumiu o papel de moderador, cuja função era compilar os conteúdos fragmentados nas leituras e discutidos no grupo em um conjunto de dados que representasse os conteúdos abordados. No final da discussão, o moderador fez a leitura da lista inicial de dados para verificar junto a todos os participantes se o conteúdo discutido estava adequadamente representado por aqueles dados. Definida a lista inicial, o mesmo grupo teve a atribuição de propor a forma de estruturação do formulário para validação de conteúdo. Foi então definido que o formulário seria dividido em duas partes.

Na primeira parte do formulário, o conjunto de dados teria sua essencialidade estabelecida por simples escolha, cuja pergunta central era: Quais são os dados essenciais para a adequada identificação do paciente no processo de desospitalização? Ou seja, quais devem ou não estar presentes em um futuro software.

Na segunda parte, o conjunto de dados dizia respeito aos critérios para admissão na internação domiciliar, com a essencialidade definida de acordo com a qualificação da importância, uma vez que a pergunta central era: Quão importante é esse dado para caracterizar um paciente como sensível à internação domiciliar?

O formulário foi, então, elaborado em três páginas com cinco campos de informações destinados: ao preenchimento das informações do participante (campo 1); às instruções para o preenchimento do formulário (campo 2); ao primeiro conjunto com 29 dados cuja essencialidade foi definida por escolha (campo 3); ao segundo conjunto com 45 dados cuja essencialidade foi definida por qualificação do nível de importância conforme a escala de Likert²² (campo 4); e ao livre preenchimento para inclusão de sugestões e observações pelo participante (campo 5).

A escala de *Likert* foi composta por um conjunto de itens avaliados pelos sujeitos em relação ao nível de importância. O nível de importância definido por essa escala é graduado em: 5-extrema importância, 4-muito importante, 3-importante, 2-pouco importante e 1-sem importância²⁰. Estas eram as únicas possibilidades de resposta para os participantes. Com o formulário devidamente estruturado, deu-se início à etapa seguinte do delineamento da pesquisa.

Segunda etapa – definição da essencialidade

A segunda etapa para delimitar o subgrupo de dados essenciais iniciou-se pelo encaminhamento do formulário (impresso em papel) ao local de trabalho de cada NRAD e GLH participante, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SESDF, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), com parecer número 239.633. Havendo consentimento, o formulário era devidamente preenchido e recolhido para processamento. Os formulários foram autoaplicados e a confidencialidade da resposta de cada participante foi garantida. O processamento de cada formulário preenchido se deu por meio do uso de planilhas matriciais organizadas no aplicativo Excel. Para cada forma de definição da essencialidade proposta no formulário - por escolha (primeiro conjunto de dados) ou por qualificação (segundo conjunto de dados) - existia uma planilha estruturada e com fórmulas inseridas para calcular a distribuição de frequência de escolha ou de qualificação à medida que os dados eram inseridos.

Para o primeiro conjunto de dados foi elaborada uma planilha matricial em que cada linha correspondia a um participante e cada coluna a um dado da lista inicialmente proposta nos formulários. Desta forma, na célula de cruzamento entre o participante (linha) e o dado (coluna) era inserido o dígito zero ou o dígito um que correspondia a não escolha (0) ou escolha do dado (1) pelo participante. No final, o cálculo

do número de escolhas por dado (% de participantes que escolheram o dado) e do número de dados escolhidos por participante foi observado e utilizado para criar o gráfico da figura 1.

Para o segundo conjunto de dados, cuja resposta ocorreu por qualificação do dado de 1 a 5 de acordo com a escala de *Likert* conforme já descrito, o processamento se deu pela inserção da distribuição de frequência do nível de importância dada por cada participante a cada dado. No final, a proporção do nível de importância julgado por cada participante para cada dado compôs a porcentagem de indicação do nível de importância que foi utilizada para a construção do gráfico da figura 2.

Validação do conteúdo e processamento final

Para o primeiro conjunto de dados, a validação de conteúdo para os dados foi verificada quando a escolha foi feita por, pelo menos, 60% dos participantes. Este valor de corte foi definido previamente pelo grupo de discussão que concordou com a escolha dessa porcentagem por representar mais da metade das indicações para o dado.

Para o segundo conjunto de dados, seguindo a mesma lógica do nível de corte para os dados obtidos no primeiro conjunto, a validação de conteúdo foi verificada quando o dado recebeu nível de importância entre 5 e 4 por 60% ou mais dos participantes.

Para todas as outras variáveis quantitativas obtidas para caracterização da amostra neste estudo, empregou-se a média como medida de posição e o desvio padrão como medida de dispersão. Todo o processamento do resultado de validação de conteúdo ocorreu no aplicativo Excel, e o processamento das variáveis quantitativas foi realizado pela transferência dos dados numéricos em planilhas para o aplicativo PRISM 5.

Resultados

Como dito anteriormente, dos 157 integrantes dos NRAD selecionados, 100 profissionais concordaram em participar da pesquisa (Tabela 1). Dos 11 gestores elegíveis, somente cinco concordaram em participar. Do total de participantes (n=105, cem profissionais e cinco gestores de leitos), 98 preencheram corretamente todos os campos do formulário para definição dos dados essenciais. Os outros sete participantes, apesar de terem preenchido de forma incompleta, permaneceram para caracterização do perfil da amostra.

Tabela 1 - Dimensionamento dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) com mais de um ano de implantação e da respectiva Gestão de Leitos Hospitalares (GLH), Distrito Federal, 2013

Regionais de saúde	Ano de implantação	Total de integrantes	Participantes	
			NRAD	Gestor de leito
Sobradinho	1994	19	15	-
Planaltina	1997	12	7	1
Gama	2002	13	9	1
Asa Norte	2007	14	8	0
Paranoá	2008	11	11	1
São Sebastião	2008	10	8	0
Guará	2008	14	6	1
Ceilândia	2009	15	11	0
Samambaia	2009	14	8	1
Taguatinga	2009	15	9	0
Núcleo	2011	13	1	0
Bandeirante				
Brazlândia	2011	7	7	0
		157	100 (64%)	5

Fonte: Elaboração própria.

Os participantes que preencheram de forma incorreta foram retirados da distribuição de frequência de escolha na definição da essencialidade do primeiro conjunto de dados (Figura 1). Porém, para a distribuição de frequência do segundo conjunto de dados, eles foram mantidos e são apresentados tanto no cálculo quanto na representação gráfica (Figura 2).

Os NRAD das regionais de saúde amostrados, em 2013, variaram de dois a 19 anos de implantação, visto que o mais recente foi implantado em 2011 e o mais antigo em 1994 (Tabela 1). A porcentagem de adesão dos integrantes dos NRAD selecionados variou de 100% (Paranoá e Brazlândia) a 8% (Núcleo Bandeirante). A maioria (10 NRAD) apresentou taxa de adesão de mais de 50% dos integrantes, enquanto a minoria (dois NRAD) mostrou taxa de adesão abaixo da metade, totalizando 64% de adesão se considerados todos os NRAD amostrados (Tabela 1).

A maioria dos profissionais que participou da pesquisa foi composta por técnicos ou auxiliares de enfermagem (33,3%), seguidos de enfermeiros (16,1%), nutricionistas (12,3%), médicos (8,5%), fisioterapeutas (6,6%), terapeutas ocupacionais (6,6%), assistentes sociais (3,8%), psicólogos (1,9%), dentista (0,95%), fonoaudiólogo (0,95%) e agente administrativo (0,95%); 7,6% dos participantes não responderam à informação sobre sua formação profissional.

Dos 29 dados indicados no primeiro conjunto de dados, 15 foram selecionados como essenciais por atingirem ou ultrapassarem a marca dos 60% de indicações (Figura 1). Dos 45 dados essenciais indicados no segundo conjunto de dados, 27 foram selecionados como essenciais (Figura 2).

Uma pequena quantidade de informação, de 1% a 2% das qualificações apontadas pelos participantes, em cinco dos dados no segundo conjunto, foi qualificada de forma errada, porém não comprometeu a análise como um todo. Estas informações estão indicadas por barras preenchidas por hachuras no gráfico da Figura 2.

No campo para livre preenchimento, foram identificados 12 participantes que se expressaram. Dentre as sugestões e observações desses participantes destacaram-se: (1) observações para simplificação do formulário; (2) sugestão de informações não representadas no universo de dados do formulário; (3) opiniões que expressam corporativismo profissional e reserva de mercado para um ou outro profissional e (4) observações sobre dificuldades para implantação efetiva do processo de desospitalização.

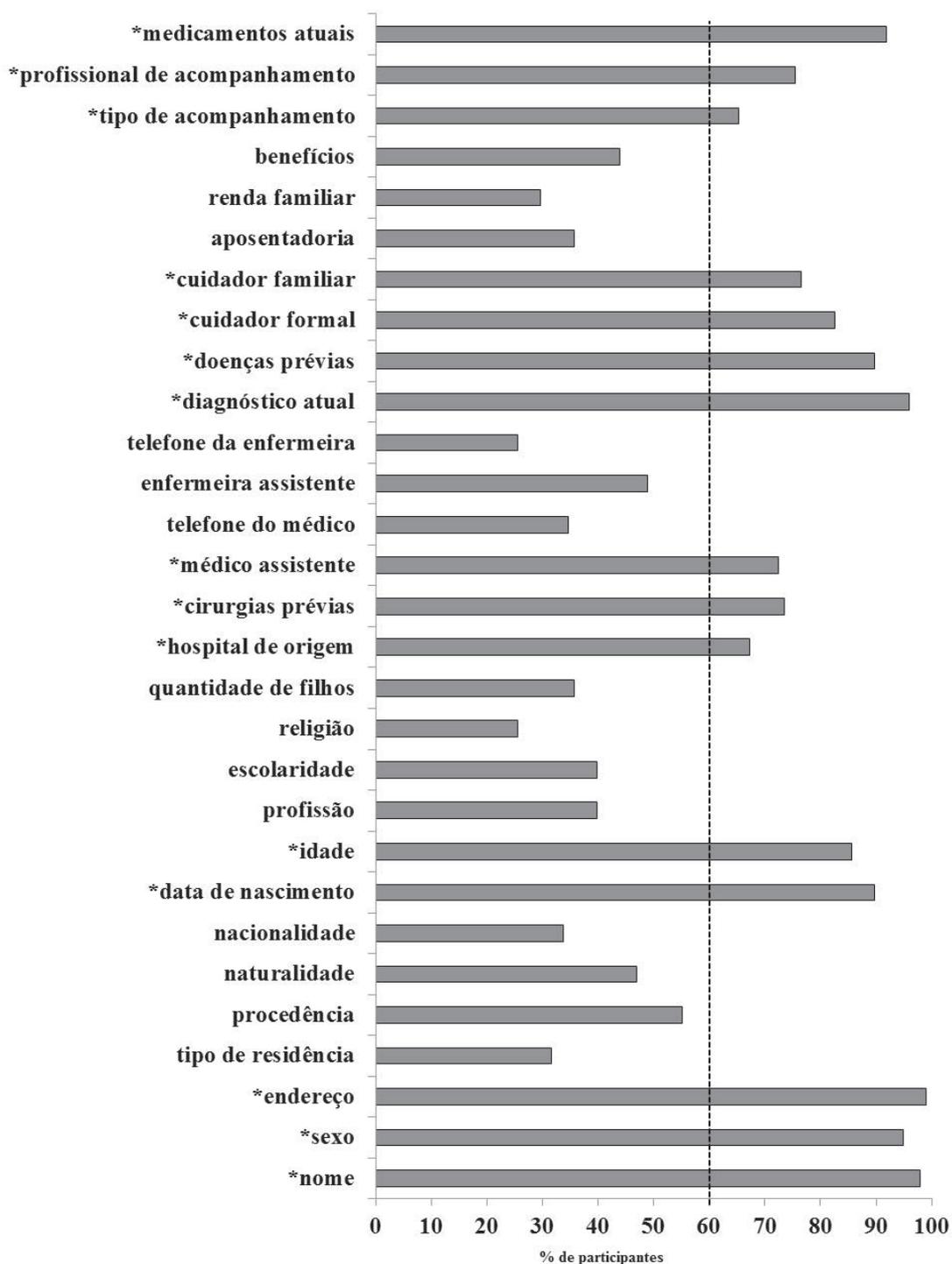


Figura 1. Porcentagem de escolha dos dados preliminares de acordo com os profissionais dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar e das Gestões de Leitos Hospitalares da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal no ano de 2013.

Fonte: Elaboração própria.

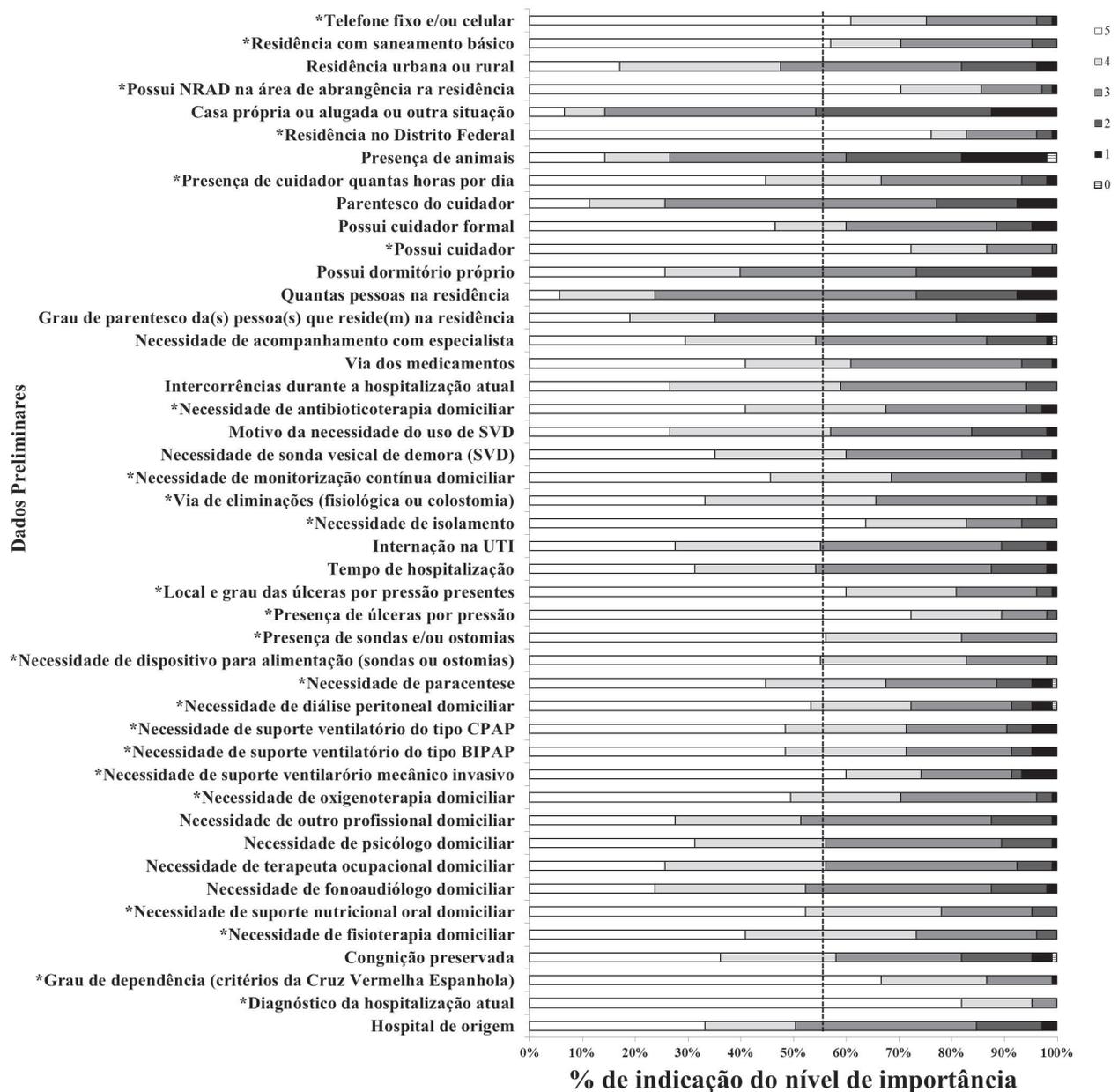


Figura 2. Porcentagem de indicação do nível de importância dos dados preliminares (5-extrema importância; 4-muita importante; 3-importante; 2-pouco importante; 1-sem importância e 0-qualificado de forma errada pelo participante) qualificados pelos profissionais dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar e das Gestões de Leitões Hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no ano de 2013.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O estudo aqui abordado tem como achado principal os 42 dados essenciais para se elaborar documentos e, em particular, softwares para gestão da internação domiciliar. Os dados foram definidos por 105 participantes que trabalhavam nos NRAD já consolidados (dois a 19 anos de implantação), abrangendo diferentes profissionais (auxiliares de enfermagem, enfermeiros, nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos e agentes administrativos), que compuseram mais da metade dos servidores (64%) com experiência na rotina da atenção domiciliar no Distrito Federal.

Até o momento, a literatura científica não apresenta tais informações. Dessa maneira, o presente achado contribuirá para a elaboração de sistemas de informação e para a gestão em saúde com vistas à

desospitalização para a internação domiciliar como forma de continuidade do cuidado para as condições nas quais o domicílio se revela como a melhor opção.

Muitas áreas profissionais em saúde, a exemplo dos profissionais da enfermagem¹⁰ que, junto com os auxiliares de enfermagem, compuseram neste estudo 49,4% da amostra, preconizam a utilização de dados específicos para abordagens profiláticas e/ou terapêuticas, bem como para gestão do cuidado em saúde. Entretanto, a estruturação de um conjunto de dados essenciais para o manejo da gestão da atenção domiciliar ainda não está disponível nas bases de referências para consulta.

Neste trabalho, o fato de esses 49,4% dos profissionais que definiram a essencialidade dos dados serem da área de enfermagem (auxiliares, técnicos ou enfermeiros) poderia contribuir para a definição de dados mais específicos da linguagem desses profissionais. Entretanto, acredita-se que isto não ocorreu, uma vez que as equipes de atenção domiciliar^{2,3,14,17,21}, em particular os profissionais dos NRAD do Distrito Federal^{17,18,22}, possuem como principal característica o trabalho multiprofissional em ações interdisciplinares.

Esse contingente de profissionais da área de enfermagem poderia levantar uma questão quanto à essencialidade principalmente dos seguintes dados: (1) presença de úlcera de pressão e (2) presença de sondas e/ou ostomias, que foram qualificados como de extrema importância por cerca 70% dos profissionais (Figura 2). Todavia, esses 70% dos profissionais incluem os 49,4% da área de enfermagem mais os demais profissionais dessa equipe.

Além disso, outros dados como: (1) possuir NRAD na área de abrangência da residência, (2) residência no Distrito Federal, (3) possuir cuidador, necessidade de isolamento e (4) diagnóstico da hospitalização atual também foram considerados muito importantes por 70% ou mais dos profissionais. Esses dados, assim como a presença de úlceras de pressão, sondas e/ou ostomias constituem informação importante para a desospitalização e reospitalização do sujeito em internação domiciliar e estão descritos nos principais documentos que regularizam e preconizam a internação domiciliar no âmbito do SUS^{6,7,14,15,17,18,23,24}.

No Distrito Federal, atualmente são utilizadas duas escalas: (1) a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola e (2) a Escala do Grau de Dependência utilizada pelo Sistema de Assistência e Internação Domiciliar de Cascavel no Paraná¹⁸.

Apesar de contribuírem para a gestão, tais escalas não atendem a necessidade total do serviço, visto que caracterizam somente as condições clínicas e físicas do usuário de internação domiciliar, não informando sobre condições de moradia e outras que também são necessárias para o processo de desospitalização. Além disso, as escalas não foram validadas para o uso nessa população pelos profissionais que trabalham na atenção domiciliar. De uma forma diferente e mais administrativa, o conjunto de dados essenciais aqui apresentados inclui informações necessárias, para se incorporar sistemas de informação em saúde à gestão, que foram metodologicamente definidas.

Benito e Licheski (2009) afirmam que dados essenciais, quando informatizados, identificam usuários ou demonstram situações específicas em saúde que permitem a organização e disponibilização de mecanismos que contribuem para o processo de tomada de decisões. Descrevem ainda que, juntamente às ações relacionadas ao gerenciamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação do trabalho em saúde, os dados essenciais são incorporados ao processo de trabalho²⁵.

Durante o processo de elaboração do formulário definitivo, o grupo de discussão constatou a necessidade de se trabalhar com dois formatos de resposta: por escolha do dado e pela qualificação do seu nível de importância. Segundo Bardin²⁶, as análises de conteúdo em grupo, mediadas por discussões e fundamentadas em documentos, possibilitam reflexão que resulta em inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção da informação por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição de conteúdos.

Apesar do grupo de discussão ter atingido o objetivo de definir a inclusão e a forma de inclusão de dados preliminares no formulário, sugere-se que essa etapa de reflexão possa ser elaborada por método realizado em grupo focal, conforme presente na maioria dos estudos qualitativos¹⁹. A não utilização de grupo focal

pode ser apontada aqui como uma limitação do estudo. Como preconizam os estudiosos em abordagens qualitativas, tal metodologia garante um melhor reconhecimento do discurso coletivo²⁶.

O uso de concepções qualitativas de análise de conteúdo, mesmo que realizada em grupo de discussão e não apropriadamente em grupo focal, resultou em uma quantidade de dados passível de ser trabalhada quantitativamente por formulário estruturado (29 dados na parte 1 e 45 dados na parte 2 do formulário) utilizado para a seleção dos dados essenciais²⁶. Uma quantidade excessiva e não limitada de dados, neste tipo de pesquisa, poderia conduzir a resultados redundantes e conflitivos que dificultariam a adesão dos profissionais com uma rotina de trabalho em andamento^{9,25}.

Embora o estudo aqui apresentado tenha obtido uma participação da maioria dos envolvidos (64% dos profissionais vinculados aos NRAD e cinco dos 11 profissionais da GLH), uma parcela desses profissionais não respondeu ao formulário. Seria interessante comparar se os que não participaram possuíam perfil diferente dos demais; entretanto, essa informação não estava disponível, outra possível limitação do estudo.

No caso dos gestores de leito, as características da sua rotina de trabalho, justificam, em parte, a dificuldade de adesão²². Trata-se de um profissional que durante seu expediente necessita estar em constante mobilidade para gerir os leitos de um hospital, permanecendo por pouco tempo em seu gabinete de trabalho. Essa característica representada pela dificuldade da sua participação em estudos e pesquisas constitui outra limitação do estudo.

Em suma, a definição dos dados essenciais ocorreu com uma diversidade de recursos humanos e a participação de mais de 50% dos profissionais do NRAD em amostra representativa das equipes, o que possibilitou visões a respeito do que é realmente essencial. As informações prévias disponíveis de outros serviços, bem como os dados existentes nos documentos sobre atenção domiciliar no âmbito da SESDF, propiciaram um debate que não só definiu os dados que estariam presentes no formulário, mas também como seria definida a essencialidade desses dados^{6,8,15,16,18,24,27}.

Trad (2009) afirma que, ao escolher pessoas com diferentes experiências e formações, porém com entrosamento e em ambiente favorável à manifestação das opiniões de cada um, o pesquisador tem assegurado a presença do que é essencial ao instrumento que deseja elaborar, garantindo também o cumprimento de atender às necessidades do usuário¹⁹.

As informações presentes no formulário para definição dos dados essenciais delimitou o que é necessário conhecer sobre o paciente para indicação e cadastro nos NRAD, com informações que sinalizam situações relacionadas à dependência para atividades da vida diária, necessidade de cuidados domiciliares mais frequentes, utilização de equipamentos e insumos específicos, orientações de profissionais e assistência em saúde de maior complexidade.

Essas informações, definidas pelos dados destacados nas figuras 1 e 2, também foram apontadas por vários serviços de atenção domiciliar existentes pelo país^{28,29}. Lenz e colaboradores (2002)³⁰ incluem, ainda, que dados definidos pela participação dos possíveis e futuros usuários são fundamentais para o sucesso do produto, uma vez que foram considerados os seus pontos de vista, relacionando-os às nomenclaturas e aos conceitos utilizados, atendendo às suas respectivas demandas e estabelecendo os requisitos para o desenvolvimento de um software.

Foi considerado essencial um pouco mais da metade dos dados listados para a seleção no formulário (Figuras 1 e 2). O que chamou a atenção foi o dado “procedência” não ter sido considerado como essencial, especialmente por se tratar de uma temática que leva em consideração o domicílio. Nossa hipótese é que o termo procedência possa ter sido entendido em diferentes contextos e não no contexto desejado: origem da moradia do usuário. Apesar disso, mesmo não estando presente entre os dados essenciais selecionados pelo método, sugere-se a inclusão deste dado em futuros softwares, apoiada principalmente na importância dessa informação no contexto da desospitalização.

A não inclusão do dado “procedência” mostra a necessidade de incluir no final da análise quantitativa uma nova etapa em que um grupo focal avaliaria a essencialidade de dados considerados não essenciais pelo procedimento metodológico, visto que a análise qualitativa no final do processo pode contribuir para melhor definição da essencialidade e dos requisitos para desenvolvimento de um software.

Conclui-se que os dados considerados essenciais forneceram informações suficientes e necessárias para elaborar um software cuja finalidade é identificar o potencial para a desospitalização. Os dados essenciais aqui definidos delimitam um universo de informação que poderá servir de consulta para gestores da atenção domiciliar, bem como servir de parâmetro para aprimoramento das atuais e futuras políticas de saúde.

Referências

1. Cordeiro HdA, Koifman R, Neves JRd, Oliveira CMd, Goulart MV, Lazzaro N, et al. Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: I - Etapa diagnóstica. *Rev de Saúde Pública*. 1977;11:119-33.
2. Silva KL, Sena RRd, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev de Saúde Pública*. 2010;44:166-76.
3. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev de Saúde Pública*. 2005;39:391-7.
4. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2008;24:180-8.
5. Azevedo MCCV, Souza MFGd, Macedo IPd, Monteiro AI, Germano RM. As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência de desospitalização da assistência. *Reme: Rev Mineira de Enfermagem*. 2010;14:271-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de monitoramento e avaliação da atenção domiciliar/ Melhor em Casa. In: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Domiciliar C-GdA, editors. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012. p. 24.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a classificação de complexidade do cuidado em atenção domiciliar. In: Básica DdA, editor. *Cadernos de Atenção Domiciliar*. Brasília: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar; 2012. p. 7.
8. 8. Brasil. Ministério da Saúde. Indicação da atenção domiciliar e a organização dos fluxos assistenciais. In: Básica DdA, editor. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar; 2012. p. 14.
9. Montenegro LC, Brito M, Cavalcante R, Caram C, Cunha G. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. *Jou Health Inform*. 2013;5(1):3-8.
10. Marin HDF, Barbieri M, Barros SMOD. Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem: comparação com dados na área de Saúde da Mulher. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):251-6.
11. Cavalcante RB, Ferreira MN, Silva PC. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. *R Enferm UFMS*. 2011;1(2):290-9.
12. Jorge MHPDM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2010;18(1):07-18.
13. Brasil. Presidência da República. Lei n. 10.424. Capítulo VI: do subsistema de atendimento e internação domiciliar. Brasília (DF); de 15 abr 2002.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar; de 26 jan 2006.
15. Ministério da Saúde. Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011 - Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS; de 27 out 2011.
16. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 - Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, Pub. L. No. seção 01; de 27 maio 2013.

17. Secretariade Estadode Saúde do Distrito Federal. Resolução n. 56, de 12 de novembro de 2008 - Aprova o Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.Pub. L. No. seção 01; de 12 nov 2008.
18. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Projeto de implantação do programa de internação domiciliar do DF. In: Federal SdEdSdD, editor. Brasília; 2008.
19. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19:777-96.
20. Cunha LMA. Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes [Probabilidade e Estatística]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2007.
21. Silva RVGDO, Ramos FRS. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. [local desconhecido]: Texto & Contexto - Enfermagem. 2011;20:247-54.
22. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria n. 16, de 13 de fevereiro de 2012 - Art. 4º Criar a Coordenação Técnica de Gestão de Leitos do Distrito Federal (CTGL- DF), Pub. L. No. 1; de 13 fev 2012.
23. Ministério da Saúde. Portaria n.2529, de 19 de outubro de 2006 - Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS; de 19 out 2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar na atenção básica. In: Básica DDA, editor. Cad de Atenção Domiciliar. Brasília: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar; 2012. p. 18.
25. Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2009;62:447-50.
26. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
27. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde, Cruz FO. Brasília: Editora MS; 2009.
28. Oliveira A, Costa A, Araujo T, Aquino P, Pinheiro A, Ximenes L. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(2):317-25.
29. Schlesener VRF, Krug SBF. Implantação do Sistema de Internação Domiciliar em uma instituição hospitalar do Vale do Rio Pardo/RS: um relato de experiência. *Cinergis*. 2012;13(2):1-8.
30. Lenz R, Elstner T, Siegele H, Kuhn KA. A practical approach to process support in health information systems. *J A Med Assoc Inform*. 2002;9(6):571-85.