

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

CRISTIANE VIEIRA DA SILVA

ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Montes Claros - MG
2025

CRISTIANE VIEIRA DA SILVA

ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone de Melo Costa

Coorientadora: Prof^a. Dra. Luciana Colares Maia

Montes Claros - MG

2025

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

Reitor: Prof. Wagner de Paulo Santiago

Vice-Reitor: Prof. Dalton Caldeira Rocha

Pró-Reitora de Pesquisa: Prof^a. Maria das Dores Magalhães Veloso

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof^a. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof. Marlon Cristian Toledo Pereira

Coordenadoria de Pós-Graduação *Lato sensu*: Prof. Allysson Steve Mota Lacerda

Coordenadoria de Pós-Graduação *Stricto sensu*: Prof. Marcos Flávio Silveira Vasconcelos

D'Angelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Prof^a. Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Prof. Antônio Prates Caldeira

Ata

CANDIDATA: CRISTIANE VIEIRA DA SILVA

DATA: 28/05/2025 **HORÁRIO:** 08:00

TÍTULO DO TRABALHO: "ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL."

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva.

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

BANCA (TITULARES)

PROF^a Dr^a. Simone de Melo Costa (ORIENTADORA)

PROF^a Dr^a. Luciana Colares Maia (COORIENTADORA)

PROF^a Dr^a. Fernanda Marques da Costa

PROF. Dr. Henrique Andrade Barbosa

BANCA (SUPLENTES)

PROF. Dr Diego Dias de Araújo

PROF. Dr. João Marcus Oliveira Andrade

APROVADO

REPROVADO



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Melo Costa, Professora de Educação Superior**, em 29/05/2025, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Andrade Barbosa, Professor(a)**, em 29/05/2025, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Colares Maia, Médica universitária**, em 29/05/2025, às 12:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Marques da Costa, Professor(a)**, em 29/05/2025, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **114291219** e o código CRC **11322A2B**.

Referência: Processo nº 2310.01.0016628/2024-19

SEI nº 114291219

FICHA CATALOGRAFICA

S586a	<p>Silva, Cristiane Vieira da. Atenção domiciliar no âmbito da saúde pública no Brasil [manuscrito] / Cristiane Vieira da Silva – Montes Claros (MG), 2025. 114 f. : il.</p> <p>Inclui bibliografia. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2025.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa. Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Colares Maia.</p> <p>1. Assistência domiciliar. 2. Atenção à saúde. 3. Serviços de assistência domiciliar. 4. Saúde pública. 5. Sistema Único de Saúde. I. Costa, Simone de Melo. II. Maia, Luciana Colares. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.</p>
-------	---

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele essa jornada não seria cumprida.

Aos meus pais, Antônio e Antônia, meus primeiros professores, que mesmo com pouco estudo me ensinaram valores e princípios da vida.

A meus irmãos pela presença constante em minha vida.

Amo vocês!

Aos meus filhos João, Davi, Maria e Ana. Vocês sempre serão os meus melhores produtos.

Amo vocês!

Ao meu marido e companheiro de todas as horas, Gabriel, meu maior incentivador. Obrigada pela paciência, apoio e parceria. Você é a minha maior sorte dessa vida. Te amo!

Minha eterna gratidão à professora, Dra. Simone de Melo Costa, que além de ser minha orientadora é uma mulher exemplar em todos os contextos. Obrigada pela oportunidade, pela ajuda, carinho, paciência e compreensão incondicionais. Agradeço, também, pelas correções e ensinamentos que me permitiram avançar neste processo. Você é um ser humano admirável.

A minha coorientadora Luciana Colares Maia. Obrigada pelo carinho, orientações, paciência e por me lembrar de interceder a Maria Santíssima nos momentos de dificuldade.

Aos meus colegas do PPGCPS com os quais convivi e que compartilharam comigo momentos de alegrias, descobertas, angústias, aprendizado, ambiente amistoso e confraternizações. Aos funcionários e colaboradores do Programa Melhor em casa, CRASI e HUCF, que ajudaram na, organização e condução deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Enfermagem, pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, onde concluí minha formação em 2010. Pós-graduada em Vigilância e Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde, também pela Unimontes.

Trabalhei no Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) por 12 anos na Coordenação de Apoio à Pesquisa. Durante minha trajetória no HUCF, tive a honra de ser membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Unimontes, representando o HUCF por todo esse período.

Paralelamente ao meu trabalho no HUCF, desde 2009 sou docente do curso Técnico em Enfermagem. Iniciei minha carreira na Escola Técnica de Saúde da Unimontes e, desde 2019, atuo no Instituto Qualificar. Meu interesse pela atenção domiciliar começou a se desenvolver a partir da participação em trabalhos científicos, mesmo antes de ingressar no mestrado.

Acredito que o atendimento domiciliar é uma das melhores opções de assistência à saúde, pois proporciona o conforto do lar, fortalece o vínculo com a família e a equipe, e ajuda a superar barreiras de acesso aos serviços da rede de atenção à saúde pública.

Concluir o Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde é a realização de um grande sonho. Esse Programa teve um papel fundamental no meu crescimento, ampliando meus conhecimentos e aprimorando minha atuação como docente. A experiência foi enriquecedora pelas valiosas trocas de saberes com colegas, professores e, especialmente, com minha orientadora, a quem sou eternamente grata. O impacto desse mestrado vai muito além da minha trajetória individual, reafirmando a importância da qualificação profissional para a excelência no cuidado em saúde.

RESUMO

No Brasil, a Atenção Domiciliar (AD) é vista como uma alternativa de acolher as demandas que surgem das mudanças no processo saúde-doença, decorrentes, principalmente, do envelhecimento populacional, como uma maneira de dar atenção, a longo prazo, às pessoas com doenças crônicas. Surgiu como forma de diminuir o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais e, com isso, diminuir os custos. Este trabalho tem como objetivo caracterizar o panorama dos atendimentos domiciliares na rede pública de saúde no âmbito do Brasil. Trata-se de um estudo ecológico analítico com indicadores de AD, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados se referem aos registros nas Unidades Federativas (UF) do Brasil, em 2018, e dados de Minas Gerais (MG), norte de Minas e Montes Claros (cidade polo do norte de MG), de 2016 a 2018. As variáveis utilizadas foram: atendimento por sexo, modalidade de atendimento domiciliar (AD1, AD2, AD3), atendimento programado ou não, e desfechos clínicos. Efetuou-se a análise descritiva e a correlação de Spearman (rs), com nível de significância $p < 0,05$. Em 2018, no Brasil, foram registrados 2.497.610 atendimentos domiciliares, sendo 50,64% prestados a mulheres. As UF com maior número de atendimentos foram São Paulo, MG e Rio de Janeiro e, menor número, em Amapá e Mato Grosso. No país, a maioria dos atendimentos foi com programação prévia (92,13%). O desfecho clínico ‘permanência’ na AD foi para 93,0% dos atendimentos, as urgências/emergências (0,20%), as internações (0,20%) e os óbitos (0,50%). O AD2 foi majoritário (83,04%). O aumento no número de atendimentos em AD1 nos estados correlacionou-se mais fortemente ao aumento de pacientes com alta clínica/administrativa ($rs=0,83$), AD2 à permanência nos serviços ($rs=0,99$) e AD3 ao desfecho óbito ($rs=0,79$), $p < 0,05$. No recorte de AD para o estado de MG, no triênio 2016 a 2018, foram efetuados 665.395 atendimentos domiciliares. A visita após óbito aumentou a cada ano, somando no triênio 891. Atendimento domiciliar AD2 correspondeu a 92,70% no norte de Minas e 98,10% no município de Montes Claros. A maioria dos pacientes permaneceu na atenção domiciliar em MG (88,24%). Em Montes Claros, os desfechos urgência/emergência (0,05%), internação hospitalar (0,09%), alta administrativa/clínica (0,26%) e óbito (0,45%) foram baixos. Conclui-se que a maioria dos atendimentos foi com programação prévia, demonstrando organização do serviço quanto ao levantamento das demandas de saúde para os cuidados domiciliares. A baixa frequência dos desfechos urgências/emergências, internações e óbitos, tanto na análise nacional como no estado de MG, na macrorregião norte de Minas e no município de Montes Claros, sugere que a atenção domiciliar contribui para manutenção/recuperação da saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Atenção à Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, Home Care (HC) is seen as an alternative to meet the demands that arise from changes in the health-disease process, mainly due to population aging, as a way to provide long-term care to people with chronic diseases. It emerged as a way to reduce the length of stay of patients in hospitals and, therefore, reduce costs. This study aims to characterize the panorama of home care in the public health network in Brazil. This is an analytical ecological study with HC indicators, in the care network of the Unified Health System (SUS). The data refer to records in the Federative Units (UF) of Brazil, in 2018, and data from Minas Gerais (MG), northern Minas Gerais and Montes Claros (a hub city in northern MG), from 2016 to 2018. The variables used were: care by sex, home care modality (HC1, HC2, HC3), scheduled or unscheduled care, and clinical outcomes. Descriptive analysis and Spearman's correlation (rs) were performed, with a significance level of $p < 0.05$. In 2018, in Brazil, 2,497,610 home care services were recorded, of which 50.64% were provided to women. The states with the highest number of services were São Paulo, MG, and Rio de Janeiro, and the lowest number were in Amapá and Mato Grosso. In the country, most services were previously scheduled (92.13%). The clinical outcome 'stay' in HC was for 93.0% of services, emergencies (0.20%), hospitalizations (0.20%), and deaths (0.50%). HC2 was the majority (83.04%). The increase in the number of AD1 visits in the states was more strongly correlated with the increase in patients with clinical/administrative discharge ($rs=0.83$), AD2 with the stay in services ($rs=0.99$) and AD3 with the outcome death ($rs=0.79$), $p < 0.05$. In the AD cut for the state of MG, in the three-year period 2016 to 2018, 665,395 home visits were carried out. The number of visits after death increased each year, totaling 891 in the three-year period. AD2 home care corresponded to 92.70% in the north of Minas Gerais and 98.10% in the city of Montes Claros. Most patients remained in home care in MG (88.24%). In Montes Claros, the outcomes urgency/emergency (0.05%), hospital admission (0.09%), administrative/clinical discharge (0.26%) and death (0.45%) were low. It is concluded that most of the care was previously scheduled, demonstrating organization of the service regarding the survey of health demands for home care. The low frequency of emergencies, hospitalizations and deaths, both in the national analysis and in the state of Minas Gerais, in the northern macro-region of Minas Gerais and in the municipality of Montes Claros, suggests that home care contributes to the maintenance/recovery of patients' health.

Keywords: Home Assistance. Health Care. Home Care Services. Public health. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 — Terminologias referentes à assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar e respectivo(s) autor(es), ano, país da publicação e conceitos.	21
Quadro 2 — Modalidades de atenção domiciliar, critérios de assistência e equipes de cuidado.	25
Tabela 1 — Distribuição de atendimentos domiciliares conforme sexo do paciente, Unidades Federativas do Brasil, 2018.	35
Tabela 2 — Distribuição dos atendimentos domiciliares programados ou não e, das visitas após morte dos pacientes, Unidades Federativas do Brasil, 2018.	37
Tabela 3 — Distribuição de atendimentos domiciliares (AD) por modalidade AD1, AD2 e AD3, Unidades Federativas do Brasil, 2018.	38
Tabela 4 — Distribuição dos atendimentos domiciliares conforme o desfecho clínico, Unidades Federativas do Brasil, 2018.	40
Tabela 5 — Matriz de correlação entre desfechos clínicos com modalidades de atenção domiciliar, AD1, AD2 e AD3, Unidades Federativas do Brasil, 2018.	42
Quadro 3 — Descrição do capítulo de livro publicado.	50
Quadro 4 — Resumos expandidos publicados e apresentados em evento científico.	50
Quadro 5 — Descrição de produtos técnicos desenvolvidos durante o processo de mestrado, segundo público alvo e local da efetivação e/ou disponibilidade das produções.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar 1
AD2	Atenção Domiciliar 2
AD3	Atenção Domiciliar 3
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEX	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CHS	Carga Horária Semanal
CPMF	Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
CRASI	Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso
DP	Desvio Padrão
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Faria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	<i>International Business Machines</i>
IC	Intervalo de Confiança
LPP	Lesão por Pressão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OSS	Orçamento de Seguridade Social
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PPGCPS	Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

UF	Unidade Federativa
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	16
1.1	ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE	
PÚBLICA		16
1.2	JUSTIFICATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	18
1.3	ATENÇÃO DOMICILIAR, CUIDADORES E DIMENSÃO ESPIRITUAL	19
1.4	DIFERENTES TERMINOLOGIAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM	
SAÚDE NO ÂMBITO DOMICILIAR		21
1.5	TIPOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	24
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	28
3.2	DELINAMENTO DO ESTUDO	28
3.3	FONTE DE DADOS	28
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	30
4.1	ARTIGO CIENTÍFICO 01	30
4.2	ARTIGO CIENTÍFICO 02	50
4.3	CAPÍTULO DE LIVRO	50
4.4	RESUMOS EXPANDIDOS PUBLICADOS E APRESENTADOS EM EVENTO	
CIENTÍFICO		50
5	PRODUTOS TÉCNICOS	52
6	CONCLUSÕES.....	54
	REFERÊNCIAS.....	55
	ANEXO A — Artigo publicado: Atenção domiciliar na saúde pública: perspectiva	
macro, meso, e microrregional em Minas Gerais, Brasil		60
	ANEXO B — Capítulo de livro: Atenção domiciliar na saúde pública.....	74
	ANEXO C — Resumos expandidos publicados e apresentados em evento	
científico		84
	ANEXO D — Material didático para educação sobre lesão por pressão (LPP). 105	
	ANEXO E — Resolução do CEPEx de aprovação do projeto.....	107
	ANEXO F — Declaração de capacitação para cuidadores de idosos sobre lesão por	
pressão.....		109
	ANEXO G — Declaração de capacitação para estudantes do curso técnico de	
enfermagem		110
	APÊNDICE A — Capacitação para cuidadores de idosos sobre lesão por pressão.	
	111
	APÊNDICE B — Capacitação sobre o Programa Melhor em Casa para profissionais	
de saúde. 112		

APÊNDICE C — Capacitação para estudantes do curso técnico de enfermagem. 113

APÊNDICE D — *Pitch*: orientações sobre prevenção de lesão por pressão. 114

APÊNDICE E — Cartilha: orientações sobre lesão por pressão..... 115

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

As transições no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil quanto no cenário global, exigem a rediscussão, a adaptação e a reestruturação dos modelos de atenção à saúde da população (Ismail *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, a partir da década de 1940, especialmente na América do Norte e na Europa, observou-se o aumento de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), em consequência do intenso processo de envelhecimento da população e da crescente conjuntura de doenças crônicas. O SAD tem o propósito de continuar a prestação de cuidados às pessoas idosas e aos doentes pelo maior período do tratamento e promover a reabilitação em ambiente domiciliar (Cavalcante *et al.*, 2022).

Assim, diversos países no mundo iniciaram a organização de um novo modelo de cuidado estratégico para a assistência em saúde, direcionada, especialmente, ao público mais vulnerável, na perspectiva da Atenção Domiciliar - AD (Procópio *et al.*, 2019; Rajão; Martins, 2020). No Brasil, o crescimento da AD ocorreu, mais intensamente, na década de 1990, resultante do aumento da prevalência de condições crônicas e incapacidades funcionais registradas nos mais variados grupos etários, sobretudo no público idoso, atrelado à elevação da expectativa de vida (Nery *et al.*, 2018).

Entretanto, o provimento da AD permanece abaixo das necessidades do país e encontra-se vulnerável às transfigurações governamentais e prioridades econômicas. Nesta perspectiva, considerando o impacto que os serviços de AD demonstram no cotidiano e na saúde dos usuários que recebem cuidados de equipes multiprofissionais, torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre a promoção de cuidados no ambiente domiciliar e pesquisar os seus desafios e possibilidades (Procópio *et al.*, 2019; Silva; Silva; Velloso, 2021; Cavalcante *et al.*, 2022). Para isso, considera-se importante conhecer o panorama da AD na rede pública de saúde brasileira.

1.1 ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

A regulamentação de serviços que prestam AD no Brasil iniciou-se a partir da publicação da Resolução da diretoria colegiada RDC n.º 11/2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Ministério da Saúde (MS), a qual dispôs sobre o regulamento técnico do funcionamento desse serviço (Brasil, 2006). Todavia, poucas foram as mudanças percebidas no contexto diário dos SADs promovidas pela referida RDC (Procópio *et al.*, 2019).

Por outro lado, o ano de 2011 foi primordial para a ampliação da AD, pois contou com a efetivação desse serviço no âmbito nacional por meio da portaria GM/MS n.º 2.029/2011, da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) e do Programa Melhor em Casa (Brasil, 2011). Essa iniciativa representou uma ação indutora relevante para a abertura e a expansão da AD nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2014; 2016).

Em 2016, foi publicada a Portaria n.º 825 responsável por redefinir e redigir os serviços que executam a AD no âmbito do SUS e atualizar as equipes habilitadas a prestarem cuidados domiciliares. Destaca-se que essa modalidade de serviço no SUS apresenta diferentes abordagens, conforme a necessidade clínico-funcional dos pacientes, a partir de diagnóstico de equipes multiprofissionais de saúde (Brasil, 2016; Souza *et al.*, 2019).

A necessidade de instituir a AD no Brasil e em diversos países acompanha, concomitantemente, o interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização de leitos hospitalares, redução dos índices de reinternação, sustentabilidade econômica, coordenação do cuidado centrado na pessoa e humanização das práticas de saúde (Braga *et al.*, 2016; Pelucio *et al.*, 2023). À vista disso, os serviços de AD emergem como mais um desafio importante para os complexos de saúde globais, com significativo potencial para contribuir na adequação da assistência em saúde e na desconstrução do cenário, no qual o cuidado é prestado à população (Brasil, 2016; Procópio *et al.*, 2019).

Portanto, no Brasil, o modelo de atenção domiciliar surge como uma alternativa terapêutica, com vistas à transformação social e econômica, conectada ao sistema público de saúde. A inclusão do atendimento domiciliar no SUS integra a possibilidade de atenção à saúde fora dos limites hospitalares (Brasil, 2016). Todavia, apesar dos avanços, tanto em relação à legislação que regulamenta a AD no Brasil quanto à qualidade da assistência ofertada, esse modelo ainda ocupa uma posição subsidiária no setor saúde (Rajão; Martins, 2020).

No que concerne ao financiamento da saúde pública, a Constituição Federal de 1988 declara que o SUS será financiado com recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Salienta-se que diversas iniciativas de projetos de Emendas Constitucionais foram desenvolvidas, até que, em 1997, o governo instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em que a arrecadação seria adicionada aos recursos da saúde (Brasil, 1988; 2007).

Destaca-se que, no ano de 1990, foram publicados dois marcos importantes para a saúde pública no Brasil. A Lei nº 8.080/909 instituiu o SUS e regulamentou, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde e a Lei nº 8.142/9010 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área de saúde (Brasil, 1990). No que tange o financiamento, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) incorporou para a União uma combinação de critérios para estabelecimento de valores a serem transferidos aos outros entes federados, tais como perfil demográfico, epidemiológico, desempenho técnico, econômico e financeiro anterior, características da rede pública, previsão do plano quinquenal e ressarcimento do atendimento prestado a outros entes (Brasil, 1990).

O custeio do programa melhor em casa é realizado de forma tripartite, pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. (Brasil, 2024).

1.2 JUSTIFICATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

O expressivo fenômeno de envelhecimento populacional é um fator demográfico que desperta atenção e impulsiona a preocupação dos sistemas e serviços públicos de saúde em relação à necessidade de reorganização e fomento de novos modelos de cuidado (Cheng *et al.*, 2020; Garrard *et al.*, 2020; Maia *et al.*, 2021).

Além disso, a carência por um cuidado continuado no contexto domiciliar está atrelada a outras demandas de saúde, igualmente relevantes e elegíveis, tais como: a assistência prestada a recém-nascidos com prematuridade; e as sequelas e as morbidades existentes na população infanto-juvenil, adultos com múltiplas condições crônicas e degenerativas, indivíduos com necessidade de cuidados especiais, paliativos, de suporte à vida e de reabilitação (Braga *et al.*, 2016; Rajão; Martins, 2020).

Destaca-se que as iniquidades no contexto da saúde têm sido determinantes para promover questionamentos relevantes entre governantes, gestores, profissionais e pesquisadores no que tange aos modelos de atenção à saúde, com vistas ao cumprimento da integralidade e do acesso à assistência aos usuários, não alcançados em outros serviços de saúde (Brasil, 2012; 2014; 2016; Wehner; Schwinger; Büscher, 2021; Powell, 2022).

Nessa direção, estudos discutem a concreta necessidade de hospitalização por algumas doenças e agravos, considerando determinadas justificativas de internações como prescindíveis ou desnecessariamente prolongadas, as quais podem ser substituídas ou, no mínimo, complementadas pela AD (Braga *et al.*, 2016; Procópio *et al.*, 2019; Rajão; Martins, 2020).

Para além da redução de riscos de biossegurança e custos com internações desnecessárias, realça-se que esse modelo de atenção possibilita a oferta de cuidados de qualidade e conforto à população, integrando-se ao contexto de vida dos pacientes e das famílias

- ao viabilizar a permanência do indivíduo em seu ambiente domiciliar - o que proporciona maior bem-estar físico e psicológico aos envolvidos (Brasil, 2016; Cavalcante *et al.*, 2022). Além disso, na concepção de reorganização da rede de cuidados, nota-se o potencial da AD na articulação e integralidade dos serviços, por meio da comunicação e da discussão de propostas terapêuticas compartilhadas com os demais eixos da rede de assistência (Silva; Silva; Velloso, 2021).

A assistência em saúde, no ambiente domiciliar, não trata apenas de delegar ou orientar aos familiares/cuidadores a função do cuidado prestado ao seu familiar/paciente (Rajão; Martins, 2020). Ao definir o contexto domiciliar como apropriado ao cuidado em saúde, os serviços públicos veiculam a participação do Estado na assistência em saúde e contribuem para disseminação de suas ações (Kerber; Kirchhof; Cezar-Vaz, 2008; Brasil, 2016).

1.3 ATENÇÃO DOMICILIAR, CUIDADORES E DIMENSÃO ESPIRITUAL

A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2016; Souza *et al.*, 2019; Ramos *et al.*, 2021).

A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (Brasil, 2016; Souza *et al.*, 2019).

A prática da AD pressupõe a colaboração de três constituintes: o paciente (usuário), os cuidadores e os profissionais de saúde, como observado no exercício do Programa Melhor em Casa (Silva; Silva; Velloso, 2021; Cavalcante *et al.*, 2022). A prestação do cuidado em saúde no domicílio possibilita a interação entre sistema de saúde e usuário. Esse serviço é desempenhado por uma equipe multidisciplinar de saúde, a qual presta assistência ao paciente e promove educação em saúde ao cuidador, muitas vezes representado por um familiar (cuidador informal) ou por um trabalhador (cuidador formal) (Brasil, 2016; Rajão; Martins, 2020).

A pessoa cuidadora apresenta uma particularidade relevante, pois necessita de atenção especial dos serviços de saúde por transitar entre a função de prestador de cuidados em saúde e também de usuário dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que executam práticas de cuidado,

os cuidadores demandam ações de biossegurança, de prevenção ocupacional, de apoio técnico-pedagógico, psicoemocional e social dos profissionais de saúde (Gleen, 2010; Faria; Calábria; Amaral, 2016). Em relação ao cuidador familiar, ressalta-se que na maioria das vezes ele é representado por mulheres, função comum à esposa ou à filha. Nessa conjuntura, a atribuição de cuidar da família associada à figura feminina apresenta raízes históricas, culturais, sociais e afetivas (Rajão; Martins, 2020).

A assistência domiciliar exige que o profissional cuidador insira-se no contexto familiar do(a) paciente. Desta forma, faz-se imprescindível ter empatia e sensibilidade para compreender amplamente quais são as necessidades humanas básicas da pessoa doente e como será realizado o cuidado frente aos inerentes desafios (Faria; Calábria; Amaral, 2016; Procópio *et al.*, 2019). O trabalho em saúde, tanto no âmbito domiciliar quanto em diferentes cenários, não se restringe apenas ao cuidado físico (biológico), mas também deve considerar e abranger as dimensões psicológicas, sociais, culturais e as interações da vida humana com o ambiente, empregando-se, assim, a concepção ampliada de saúde (Kerber; Kirchhof; Cesar-Vaz, 2008).

Nessa linha do cuidado, estudos sugerem que a AD é um potencial modelo de assistência moldada a partir do vínculo profissional-paciente, do acolhimento, da humanização e do desenvolvimento da corresponsabilidade (Souza *et al.*, 2019; Sobotka *et al.*, 2020; Ramos *et al.*, 2021). Contudo, ainda há necessidade de integração das tecnologias em saúde, com foco nas tecnologias leves. A relação profissional-paciente-família acontece no domicílio da pessoa doente, ao contrário de uma internação hospitalar, em que a família e o(a) paciente necessitam de adaptação, ajustarem-se ao ambiente, à instituição, à prática de trabalho instituída, frente a normativas específicas (Rajão; Martins, 2020; Silva; Silva; Velloso, 2021; Cavalcante *et al.*, 2022).

Portanto, ao deslocar a prática do cuidado em saúde para o contexto domiciliar, o profissional de saúde deve realizar um esforço de adaptação à realidade cultural e familiar, para que o aspecto relacional se torne significativo para o êxito do cuidado. Vislumbra-se que pacientes e cuidadores, em seus lares, desempenhem um papel muito mais ativo e assumam responsabilidades que em outros ambientes são funções limitadas aos profissionais de saúde (Lorincz *et al.*, 2011; Rajão; Martins, 2020).

Ressalta-se, também, a importância da dimensão espiritual do cuidado no âmbito domiciliar. No Brasil, a maior parte da população considera que a religião apresenta significativo impacto em sua vida, com destaque na relevância da religiosidade para as pessoas idosas, as quais compõem a maioria dos pacientes em AD (Moreira-Almeida *et al.*, 2010; Zandavalli *et al.*, 2020).

A religiosidade está atrelada ao quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. Destaca-se, também, que a espiritualidade é entendida como a busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores (por exemplo, o sentido da vida e a morte) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente (Zandavalli *et al.*, 2020). Nas últimas décadas, evidências científicas têm demonstrado a importante influência da religiosidade e da espiritualidade na saúde física e mental – com impacto considerável na mortalidade - as quais atuam como mecanismos promotores de resiliência, especialmente no contexto da atenção domiciliar (Li *et al.*, 2016; Moreira-Almeida; Lucchetti, 2016; Zandavalli *et al.*, 2020).

1.4 DIFERENTES TERMINOLOGIAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DOMICILIAR

Existem diferentes terminologias na literatura sobre a assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar, que se distinguem pela singularidade de seus objetivos e ações. Destacam-se, dentre elas: atenção domiciliar; atendimento domiciliar; visita domiciliar; e internação domiciliar (Lacerda *et al.*, 2006), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 — Terminologias referentes à assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar e respectivo(s) autor(es), ano, país da publicação e conceitos.

Atenção Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos
Ministério da Saúde/2016	Brasil	A atenção domiciliar é definida como um modelo de assistência à saúde prestada na residência do paciente. Caracteriza-se por um conjunto de ações, as quais abrangem promoção à saúde, prevenção, proteção, tratamento de morbidades, reabilitação e paliação no domicílio, sendo assegurada a longitudinalidade do cuidado, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Continuação

Atenção Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos

Lacerda/2006	Brasil	A atenção domiciliar engloba a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, com o objetivo de reduzir os riscos de doenças e agravos da população, de fiscalizar e planejar o cuidado continuado, e de executar atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abarca desde a promoção até a reabilitação dos indivíduos enfermos, que estão sediados em seus respectivos domicílios.
Organização Mundial da Saúde /1999	Estados Unidos	O sistema americano define a atenção domiciliar como o cuidado à saúde proporcionado às pessoas na própria moradia, de forma consentânea e de alta qualidade, com custo-benefício compatível com o contexto dos pacientes, sempre vislumbrando a manutenção da autonomia, independência e melhor qualidade de vida.
Atendimento Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos
Ministério da Saúde/2016	Brasil	O atendimento domiciliar é um conjunto de ações de cunho ambulatorial, programadas e integralizadas, desempenhadas em domicílio.
Ryu; Na; Kobayashi/2005	Coreia	Atendimento domiciliar consiste em uma perspectiva do setor público de saúde, executado por meio de atividades de saúde desenvolvidas no domicílio, junto à família e à comunidade, destinadas aos indivíduos com doenças crônicas e com necessidade de longos períodos de tratamento, desta forma, busca evitar-se a ocorrência de hospitalização.
Thomé; Dykes; Hallberg/2003	Suécia	Corresponde aos cuidados prestados por profissionais de saúde ao doente em sua própria residência, com objetivo final de promover bem-estar, contribuindo para a qualidade de vida e para a melhoria da condição de saúde, visando substituir a hospitalização.
Wealth Canadá/1997	Canadá	Provisão de uma organização de serviços de saúde e sociais designados a promover suporte e cuidados em saúde aos pacientes em seus próprios domicílios.
Visita Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos
Ribeiro/2004	Brasil	A visita domiciliar é caracterizada pelo contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares, com o objetivo de coletar informações e/ou fornecer orientações em saúde.

Continuação

Visita Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos

Mazza/2004	Brasil	Durante a visita domiciliar são realizadas ações de educação e orientação em saúde, levantamento de soluções de saúde, promoção de subsídios educativos, para que os indivíduos assistidos tenham mais informações sobre saúde e independência.
Murashima <i>et al.</i> /2002	Japão	Ações realizadas pela equipe de enfermagem - que após o primeiro contato com a família - definem as estratégias do cuidado, bem como as orientações a serem repassadas ao paciente e ao núcleo familiar, para a realização das atividades de vida diária. Possibilita a provisão de um cuidado centrado no paciente, os quais muitas vezes necessitam de cuidados especiais e de tecnologias em saúde.
Freitas <i>et al.</i> /2000	Brasil	A visita domiciliar consiste em ações sistematizadas, que se iniciam antes da visita e são continuadas após ela.
Internação Domiciliar		
Autor(es)/ano	País	Conceitos
Ribeiro/2004	Brasil	A internação domiciliar é uma ação continuada, com oferta de tecnologia e de equipe em saúde, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em condições de saúde mais complexas, que exigem cuidado semelhante ao prestado em contexto hospitalar.
Noguera/2000	França	A internação domiciliar corresponde a uma alternativa assistencial do setor saúde, na qual emprega-se um modelo organizado capaz de substituir um conjunto de cuidados e atenção hospitalar, para pacientes em seu domicílio, que não demandam de uma infraestrutura de hospitalização, mas necessitam de vigilância ativa e assistência completa.
Lacerda/2000	Brasil	Define-se internação domiciliar como a prestação de cuidados sistematizados, de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde especializada, personalizada, centrada na realidade do paciente, abrangendo as demandas da família, com a possibilidade de utilizar equipamentos e materiais.

Fonte: A autora (2025).

Destaca-se que os conceitos de cuidado pertencentes à assistência em saúde realizada no domicílio variam entre estudos, que retratam diferenças não apenas sob a ótica conceitual, mas também do ponto de vista prático, considerando a organização e a coordenação desse tipo de cuidado. Entretanto, que há uma complementariedade e interdependência entre as quatro concepções de assistência domiciliar presentes na literatura (Lacerda *et al.*, 2006; Rajão; Martins, 2020).

No Brasil, a Atenção Domiciliar é definida como um modelo de assistência à saúde prestada na residência do paciente. Caracteriza-se por um conjunto de ações, as quais abrangem promoção à saúde, prevenção, proteção, tratamento de morbidades, reabilitação e paliação no domicílio, sendo assegurada a longitudinalidade do cuidado, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O termo ‘atenção domiciliar’ designa uma concepção ampliada, a qual abrange a organização e a coordenação do sistema e das práticas de saúde, que envolvem o atendimento, a visita e a internação domiciliar. O ‘atendimento domiciliar’ também é apontado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, sendo na literatura internacional utilizado o termo: *home care* (Lacerda *et al.*, 2006). Por sua vez, a visita domiciliar abarca o conceito mais conhecido no sistema público de saúde no Brasil e nas ações de saúde da comunidade. Ainda, a internação no domicílio’ é reconhecida por utilizar tecnologias em saúde, atreladas à prestação de serviços de média e alta complexidade no contexto domiciliar (Brasil, 2016; Rajão; Martins, 2020).

1.5 TIPOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

A AD é organizada em três modalidades: tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3). As modalidades de AD demonstram especificidades relacionadas às necessidades do paciente, à periodicidade das visitas domiciliares, à complexidade do cuidado multiprofissional e o emprego de equipamentos, tecnologias e recursos (Brasil, 2016; Souza *et al.*, 2019; Ramos *et al.*, 2021). Dentre suas funções, estão as atividades de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, manutenção da funcionalidade, bem como paliação e promoção à saúde, pleiteando garantir, dessa forma, a continuidade de cuidados (Brasil, 2016). O Quadro 2 apresenta as modalidades de AD conforme critérios de assistência e equipes de cuidado aos usuários desse serviço.

Quadro 2 — Modalidades de atenção domiciliar, critérios de assistência e equipes de cuidado.

Modalidades de AD	Critérios de assistência	Equipes de cuidado
AD1	Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.	Equipes de Saúde da Família (eSF) / Atenção Básica (AB).
AD2	Destina-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica.	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).
AD3	Destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, porém que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Fonte: Brasil (2016).

A modalidade AD1 é executada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), cujo cuidado é promovido com menor frequência de visitas e de intervenções multidisciplinares. Assim, presume-se a estabilidade clínico-funcional do indivíduo e a oferta/suporte de cuidados satisfatórios pelos familiares/cuidadores (Brasil, 2016). Embora a AD1 seja a menos divulgada em publicações quando comparada às modalidades AD2 e AD3 - as quais integram o Programa Melhor em Casa - demonstra amplo potencial de cuidado frente ao intenso fenômeno do envelhecimento populacional e do aumento de doenças crônicas que, frequentemente, resultam em limitações importantes e dificuldades para acessar os serviços de saúde (Medeiros *et al.*, 2017; Ramos *et al.*, 2021).

As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), operado com base nas demandas de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e APS. A AD2 é destinada a usuários com doenças crônicas, que necessitam de cuidados intensos, especiais e sequenciais. A AD3, por sua vez, é direcionada para a população com condições semelhantes às da modalidade AD2, porém, distingue-se pela demanda de cuidados de maior complexidade e/ou densidade tecnológica (Brasil, 2016). Em síntese, ambas as modalidades (AD2 e AD3) exigem cuidados e procedimentos mais complexos, intensificados,

continuados, multiprofissionais, com frequência mínima semanal e com aplicação de amplos equipamentos/recursos (Souza *et al.*, 2019; Sobotka *et al.*, 2020).

Desta forma, os casos de maior complexidade – que necessitam de assistência pelas modalidades AD2 e AD3 - são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa (Brasil, 2016)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar um panorama do cenário brasileiro sobre atendimentos domiciliares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os atendimentos domiciliares no Brasil, em 2018, conforme sexo do usuário do serviço, Unidades Federativas, macrorregiões brasileiras, desfechos clínicos e por modalidade de atenção domiciliar;
- Correlacionar modalidades de atenção domiciliar no Brasil, em 2018, com desfechos clínicos (permanência no serviço, alta, óbito, encaminhamento para atenção básica, urgência/emergência e internação hospitalar);
- Descrever dados de atenção domiciliar na saúde pública, a partir da perspectiva macro, meso e microrregional no âmbito do estado de Minas Gerais, de 2016 a 2018;
- Desenvolver produtos técnicos na temática atenção domiciliar no âmbito da saúde pública.

3 METODOLOGIA

3.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo oriundo do projeto de pesquisa intitulado “Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil” (institucionalizado na Unimontes pela Resolução Nº 104 – CEPEX/2022).

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo ecológico analítico, com investigação de dados de atendimentos domiciliares efetuados no Brasil em 2018 (Artigo 1) e Estudo ecológico descritivo com dados relativos ao estado de Minas Gerais de 2016 a 2018 (Artigo 2 – publicado, em Anexo A).

As informações pertinentes ao método do Artigo 2 se encontram no documento publicado e adicionado na íntegra no Anexo A desta dissertação. A descrição do método referente ao Artigo 1 encontra-se abaixo.

3.3 FONTE DE DADOS

Os dados foram extraídos através de acesso remoto, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), do Ministério da Saúde, mediante consulta ao sítio eletrônico (<https://sisab.saude.gov.br/>) em outubro de 2021 e tabulados por meio do *software* TabWin, versão 3.52. Investigaram-se dados agregados, de domínio público e registrados por unidade federativa (UF) brasileira. Por tratar de dados públicos dispensa-se a aprovação do protocolo do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Das 27 UF do Brasil, Espírito Santo e Roraima não foram analisados por indisponibilidade de registros no SISAB. As variáveis analisadas referem-se ao número de atendimentos, conforme: sexo, modalidade de atendimento domiciliar 1, 2 ou 3 (AD1, AD2, AD3), atendimento programado (sim, não), visita pós-óbito e desfecho clínico (permanência, alta administrativa/clinica, óbito, encaminhamento para atenção básica, urgência/emergência e internação hospitalar). Os dados foram agrupados para as cinco macrorregiões brasileiras (Sul, Norte, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste).

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises dos dados foram processadas por meio do *software IBM-SPSS - Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. Adotou-se a análise descritiva (valores absolutos e percentuais) e o teste de correlação de *Spearman*, após certificada a não normalidade dos dados (teste *Kolmogorov-Smirnov* com $p < 0,001$), entre as modalidades de atendimento domiciliar (AD1, AD2 e AD3) com os desfechos clínicos. O coeficiente de correlação de *Spearman* (rs) e o coeficiente de determinação (rs^2) foram calculados, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

Entre os produtos científicos elaborados durante o processo do mestrado, destacam-se dois artigos científicos, seis resumos apresentados e publicados em eventos científicos e um capítulo de livro.

4.1 ARTIGO CIENTÍFICO 01

"Atenção domiciliar: cuidados continuados na saúde pública brasileira", formatado segundo as normas para publicação no periódico *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*.

Atenção domiciliar: cuidados continuados na saúde pública brasileira

Home care: continuing care in brazilian public health

Atención domiciliaria: cuidado continuo en la salud pública brasileña

RESUMO

Objetivo: Apresentar um panorama do cenário brasileiro sobre atendimentos domiciliares na rede pública de saúde e correlacionar modalidades de atenção com desfechos clínicos.

Métodos: estudo ecológico, com dados públicos de atendimentos domiciliares no Brasil, em 2018, extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Efetuou-se a correlação de *Spearman* (rs) entre modalidades de atenção domiciliar (AD1, AD2 e AD3) e desfechos clínicos, considerando nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** registraram-se 2.497.610 atendimentos domiciliares. O desfecho permanência no serviço foi designado para 93,35%, óbitos (0,50%), urgência/emergência (0,20%) e para internações (0,20%). A modalidade AD2 foi majoritária (2.074.047/83,04%). A modalidade AD1 apresentou correlação mais forte com o desfecho ‘alta clínica/administrativa’ ($rs=0,83$); AD2 com desfecho ‘permanência’ ($rs=0,99$) e AD3 ao desfecho ‘óbito’ ($rs=0,79$), com $p < 0,00$). **Conclusão:** a baixa frequência de urgências/emergências, internações e óbitos sugerem que a atenção

domiciliar possa ter contribuído para a manutenção/recuperação da saúde dos pacientes em domicílios; em especial para a AD1 e AD2 correlacionadas com alta clínica e permanência no serviço.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Atenção à Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To present an overview of the Brazilian scenario regarding home care in the public health network and correlate care modalities with clinical outcomes. Methods: ecological study, with public data on home care in Brazil, in 2018, extracted from the Health Information System for Primary Care. Spearman's correlation (rs) was performed between home care modalities (AD1, AD2 and AD3) and clinical outcomes, considering a significance level of $p < 0.05$.

Results: 2,497,610 home care visits were recorded. The outcome of stay in the service was designated for 93.35%, deaths (0.50%), urgency/emergency (0.20%) and hospitalizations (0.20%). The AD2 modality was the majority (2,074,047/83.04%). The AD1 modality showed the strongest correlation with the outcome 'clinical/administrative discharge' ($rs = 0.83$); AD2 with the outcome 'stay' ($rs=0.99$) and AD3 with the outcome 'death' ($rs=0.79$), with $p <0.00$.

Conclusion: the low frequency of emergencies, hospitalizations and deaths suggests that home care may have contributed to the maintenance/recovery of the health of patients at home; especially for AD1 and AD2 correlated with clinical discharge and permanence in the service.

Keywords: Home Nursing; Health Care; Public Health; Unified Health System.

RESUMÉN

Objetivo: Presentar una visión general del escenario brasileño respecto a la atención domiciliaria en la red pública de salud y correlacionar las modalidades de atención con los resultados clínicos. **Métodos:** estudio ecológico, con datos públicos sobre atención domiciliaria en Brasil, en 2018, extraídos del Sistema de Información en Salud para Atención Primaria. Se realizó la correlación de Spearman (rs) entre las modalidades de atención domiciliaria (AD1, AD2 y AD3) y los resultados clínicos, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se registraron 2.497.610 visitas domiciliarias. El resultado de estancia en el servicio se denominó en 93,35%, fallecimientos (0,50%), urgencia/emergencia (0,20%) y hospitalizaciones (0,20%). La modalidad AD2 fue la mayoritaria (2.074.047/83,04%). La modalidad AD1 mostró una correlación más fuerte con el resultado “alta clínica/administrativa” ($rs=0,83$); AD2 con el resultado ‘permanencia’ ($rs=0,99$) y AD3 con el resultado ‘muerte’ ($rs=0,79$), con $p <0,00$). **Conclusión:** la baja frecuencia de emergencias, hospitalizaciones y muertes sugiere que la atención domiciliaria puede haber contribuido a mantener/recuperar la salud de los pacientes en el hogar; especialmente para AD1 y AD2 correlacionados con el egreso clínico y la permanencia en el servicio.

Palabras clave: Cuidados en el Hogar; Cuidado de la Salud; Salud Pública; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil quanto no cenário internacional, fazem emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, levando diversos países a propor a Atenção Domiciliar (AD) como ponto de cuidado estratégico para a assistência à saúde.¹⁻³

A assistência domiciliar é o conjunto de atividades prestadas em domicílio às pessoas clinicamente estáveis e que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa e atendidas por equipe específica.^{4,5} O atendimento e o cuidado domiciliar têm como propósito levar bem-estar ao paciente, contribuindo na sua qualidade de vida.² Ao proporcionar seguimento adequado, o atendimento domiciliar previne complicações, promove saúde e melhora a segurança dos pacientes.^{6,7}

A AD está em ampliação e contribui com oportunidades de trabalho para os profissionais de saúde.^{8,9} A literatura aponta fatores relacionados à importância do atendimento domiciliar, entre eles: transformação do perfil epidemiológico da população, altos custos da rede hospitalar, envelhecimento populacional associado ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis e crescimento da procura de atendimento ou cuidados de saúde pela população.^{1,10}

Nessa perspectiva, a atenção domiciliar se configura em três modalidades: Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3). Cada modalidade apresenta particularidades fundamentadas nas necessidades do cuidado, periodicidade das visitas ao domicílio, complexidade do cuidado multiprofissional e utilização de equipamentos e recursos. Na modalidade AD1, o cuidado é promovido pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), com menor frequência de visitas e de intervenções multiprofissionais, pressupondo a estabilidade do quadro e a oferta/suporte de cuidados satisfatórios pelos cuidadores ou familiares.^{5,11}

Por outro lado, as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), acionado com base nas demandas de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e APS.⁵ Exigem cuidados e procedimentos mais complexos, intensificados, continuados, multiprofissionais, com frequência mínima semanal e utilização ampla de equipamentos/recursos.^{11,12}

No Brasil, o modelo domiciliar aparece como uma alternativa terapêutica de mudança social e econômica ligada ao sistema de saúde.^{5,8} A inclusão do atendimento domiciliar no Sistema

Único de Saúde (SUS) integra a possibilidade de atenção à saúde fora dos limites hospitalares.^{5,13} O conhecimento do panorama dos atendimentos domiciliares no SUS poderá trazer contribuições quanto ao planejamento e ao monitoramento da atenção domiciliar.^{5,14} Nesse contexto, este estudo objetivou apresentar um panorama do cenário brasileiro sobre atendimentos domiciliares na rede pública de saúde e correlacionar modalidades de atenção com desfechos clínicos.

MÉTODOS

Estudo ecológico analítico, com investigação de dados de atendimentos domiciliares efetuados no Brasil, em 2018. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde, mediante consulta ao sítio eletrônico (<https://sisab.saude.gov.br/>) em outubro de 2021 e tabulados por meio do *software* TabWin, versão 3.52. Investigaram-se dados agregados, de domínio público e registrados por Unidade Federativa (UF) brasileira, dispensando a aprovação do protocolo do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Das 27 UF do Brasil, Espírito Santo e Roraima não foram analisados, por devido à indisponibilidade de registros no SISAB. As variáveis analisadas referem-se ao número de atendimentos, conforme: sexo, modalidade de Atenção Domiciliar 1, 2 ou 3 (AD1, AD2, AD3), atendimento programado (sim, não), visita pós-óbito e desfecho clínico (permanência, alta administrativa/clinica, óbito, encaminhamento para atenção básica, urgência/emergência e internação hospitalar). Os dados foram agrupados para as cinco macrorregiões brasileiras (Sul, Norte, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste).

As análises dos dados foram processadas por meio do *software* IBM-SPSS -*Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. Adotou-se a descrição dos dados (valores absolutos e percentuais) e o teste de correlação de *Spearman*, após certificada a não

normalidade dos dados (teste *Kolmogorov-Smirnov* com $p < 0,001$), entre as modalidades de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) com os desfechos clínicos. O coeficiente de correlação de *Spearman* (rs) e o coeficiente de determinação (rs^2) foram calculados, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

No Brasil, registraram-se 2.497.610 atendimentos domiciliares prestados na rede SUS, com 50,64% direcionados às pessoas do sexo feminino. A UF com maior número de atendimentos foi São Paulo ($n = 688.672$), seguido de Minas Gerais e do Rio de Janeiro. O menor número de registros foi observado no estado do Amapá ($n = 4.353$). A região Sudeste apresentou o maior número de atendimentos domiciliares em saúde ($n = 1.174.842\%$). A tabela 1 apresenta a descrição dos atendimentos domiciliares por UF, estratificados segundo o sexo do usuário dos serviços da AD.

Tabela 1 — Distribuição de atendimentos domiciliares conforme sexo do paciente, Unidades Federativas do Brasil, 2018.

<i>Unidade Federativa*</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Acre	6.461 (50,95)	6.219 (49,05)	12.680 (100,00)
Alagoas	74.447 (51,13)	71.149 (48,87)	145.596 (100,00)
Amapá	1.925 (44,22)	2.428 (55,78)	4.353 (100,00)
Amazonas	9.265 (43,98)	11.799 (56,02)	21.064 (100,00)
Bahia	84.930 (47,11)	95.337 (52,89)	180.267 (100,00)
Ceará	55.221 (52,28)	50.405 (47,72)	105.626 (100,00)
Distrito Federal	8.599 (49,03)	8.941 (50,97)	17.540 (100,00)
Goiás	58.815 (50,27)	58.185 (49,73)	117.000 (100,00)
Maranhão	31.621 (43,03)	41.862 (56,97)	73.483 (100,00)
Minas Gerais	132.041(51,21)	125.797(48,79)	257.838 (100,00)
M. Grosso do Sul	11.230 (51,44)	10.600 (48,56)	21.830 (100,00)
Mato Grosso	4.520 (50,77)	4.383 (49,23)	8.903 (100,00)

<i>Unidade Federativa*</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Pará	40.022 (40,42)	58.997 (59,58)	99.019 (100,00)
Paraíba	35.795 (51,61)	33.556 (48,39)	69.351 (100,00)
Pernambuco	61.802 (56,29)	47.994 (43,71)	109.796 (100,00)
Piauí	17.782 (51,42)	16.799 (48,58)	34.581 (100,00)
Paraná	44.811 (49,69)	45.377 (50,31)	90.188 (100,00)
Rio de Janeiro	110.810 (48,53)	117.522 (51,47)	228.332 (100,00)
Rio Grande do Norte	13.719 (49,95)	13.748 (50,05)	27.467 (100,00)
Rondônia	11.673 (40,68)	17.019 (59,32)	28.692 (100,00)
Rio Grande do Sul	41.196 (50,99)	39.599 (49,01)	80.795 (100,00)
Santa Catarina	18.488 (48,49)	19.641 (51,51)	38.129 (100,00)
Sergipe	6.908 (48,61)	7.303 (51,39)	14.211 (100,00)
São Paulo	374.424 (54,37)	314.248 (45,63)	688.672 (100,00)
Tocantins	8.210 (36,99)	13.987 (63,01)	22.197 (100,00)
Brasil	1.264.715 (50,64)	1.232.895 (49,36)	2.497.610 (100,00)
Macrorregião brasileira	Mulheres N (%)	Homens N (%)	Total N (%)
Norte	77.556 (41,25)	110.449 (58,75)	188.005 (100,00)
Nordeste	382.225 (49,97)	378.153 (50,03)	760.378 (100,00)
Sudeste	617.275 (52,54)	557.567 (52,54)	1.174.842 (100,00)
Sul	104.495 (49,97)	104.617 (50,03)	209.112 (100,00)
Centro-Oeste	83.164 (50,32)	82.109 (49,68)	165.273 (100,00)

No Brasil, 2.291.366 atendimentos domiciliares foram programados e 195.704 não programados. Verificou-se que 6.489 visitas domiciliares foram realizadas após a morte de pacientes, com os maiores registros para o estado de São Paulo, seguido de Minas Gerais; e região Sul (n = 3.202), seguida do Nordeste (Tabela 2).

Tabela 2 — Distribuição dos atendimentos domiciliares programados ou não e, das visitas após morte dos pacientes, Unidades Federativas do Brasil, 2018.

<i>Unidade Federativa*</i>	<i>Atendimento programado</i> <i>N (%)</i>	<i>Atendimento não programado</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>	<i>Visita após morte</i> <i>N</i>
Acre	12.222 (96,71)	416 (3,29)	12.638 (100,00)	42
Alagoas	139.769 (96,15)	5595 (3,85)	145.364 (100,00)	232
Amapá	4.337 (99,91)	4 (0,09)	4.341 (100,00)	12
Amazonas	20.728 (98,73)	267 (1,27)	20.995 (100,00)	69
Bahia	173.472 (96,47)	6353 (3,53)	179.825 (100,00)	442
Ceará	102.514 (97,51)	2623 (2,49)	105.137 (100,00)	489
Distrito Federal	15.840 (90,58)	1648 (9,42)	17.488 (100,00)	52
Goiás	113.520 (97,25)	3209 (2,75)	116.729 (100,00)	271
Maranhão	73.193 (99,79)	152 (0,21)	73.345 (100,00)	138
Minas Gerais	250.858 (97,52)	6392 (2,48)	257.250 (100,00)	588
Mato G. do Sul	21.645 (99,34)	143 (0,66)	21.788 (100,00)	42
Mato Grosso	8.687 (97,77)	198 (2,23)	8.885 (100,00)	18
Pará	98.358 (99,46)	532 (0,54)	98.890 (100,00)	129
Paraíba	67.333 (97,38)	1809 (2,62)	69.142 (100,00)	209
Pernambuco	92.959 (84,98)	16.431 (15,02)	109.390 (100,00)	406
Piauí	32.954 (95,77)	1.456 (4,23)	34.410 (100,00)	171
Paraná	85.012 (94,34)	5.101 (5,66)	90.113 (100,00)	75
Rio de Janeiro	181.733 (79,72)	46.217 (20,28)	227.950 (100,00)	382
Rio G. do Norte	27.015 (98,43)	430 (1,57)	27.445 (100,00)	22
Rondônia	18.851 (66,02)	9.704 (33,98)	28.555 (100,00)	137
Rio G. do Sul	74.161 (91,97)	6.473 (8,03)	80.634 (100,00)	161
Santa Catarina	34.948 (91,92)	3.070 (8,08)	38.018 (100,00)	111
Sergipe	13.926 (98,33)	237 (1,67)	14.163 (100,00)	48
São Paulo	605.159 (88,68)	77.230 (11,32)	682.389 (100,00)	2.232
Tocantins	22.172 (99,94)	14 (0,06)	22.186 (100,00)	11
Brasil	2.291.366 (92,13)	195.704 (7,87)	2.487.070 (100,00)	6.489

<i>Macrorregião brasileira</i>	<i>Atendimento programado</i>	<i>Atendimento não programado</i>	<i>Total</i>	<i>Visita após morte</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N</i>
Norte	176.668 (94,17)	10.937 (5,83)	18.7605 (100,00)	400
Nordeste	723.135 (95,37)	35.086 (4,63)	75.8221 (100,00)	2.157
Sudeste	1.037.750 (88,88)	129.839 (11,12)	116.7589 (100,00)	383
Sul	194.121 (92,99)	14.644 (7,01)	208.765 (100,00)	3.202
Centro-Oeste	172.650 (97,11)	5.143 (2,89)	17.7793 (100,00)	347

*Não inclui os estados do Espírito Santo e Roraima, por indisponibilidade de dados.

Quanto à modalidade de atenção domiciliar, foram registrados 205.403 atendimentos AD1, 2.074.047 e 125.911 para as modalidades AD2 e AD3, respectivamente. Constatou-se a ausência de informação sobre a modalidade de AD em 92.249 registros, com destaque para os registros do estado do Rio de Janeiro (85.779/37,57%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 — Distribuição de atendimentos domiciliares (AD) por modalidade AD1, AD2 e AD3, Unidades Federativas do Brasil, 2018.

<i>Unidade Federativa*</i>	<i>AD1 N (%)</i>	<i>AD2 N (%)</i>	<i>AD3 N (%)</i>	<i>AD não informado N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
Acre	107 (0,84)	11.714 (92,38)	817 (6,45)	42 (0,33)	12.680 (100,00)
Alagoas	4.260 (2,93)	140.171 (96,27)	933 (0,64)	232 (0,16)	145.596 (100,00)
Amapá	54 (1,24)	3.825 (87,87)	462 (10,61)	12 (0,28)	4353 (100,00)
Amazonas	1.902 (9,03)	18.550 (88,06)	543 (2,58)	69 (0,33)	21.064 (100,00)
Bahia	8.330 (4,62)	165.150 (91,61)	6.345 (3,52)	442 (0,25)	180.267 (100,00)
Ceará	3.212 (3,04)	97.431 (92,24)	4.494 (4,25)	489 (0,46)	105.626 (100,00)
Distrito Federal	1.270 (7,24)	14.721 (83,93)	1.497 (8,53)	52 (0,30)	17.540 (100,00)
Goiás	9.471 (8,09)	100.087 (85,54)	7.171 (6,13)	271 (0,23)	117.000 (100,00)
Maranhão	494 (0,67)	72.706 (98,94)	145 (0,20)	138 (0,19)	73.483 (100,00)
Minas Gerais	14.108 (5,47)	229.194 (88,89)	13.948 (5,41)	588 (0,23)	257.838 (100,00)
Mato G. do Sul	2.093 (9,59)	18.644 (85,41)	1.051 (4,81)	42 (0,19)	21.830 (100,00)
Mato Grosso	129 (1,45)	8.520 (95,70)	236 (2,65)	18 (0,20)	8.903 (100,00)

Continuação

Pará	2.589 (2,61)	94.811 (95,75)	1.490 (1,50)	129 (0,13)	99.019 (100,00)
Paraíba	1.316 (1,90)	63.395 (91,41)	4.431 (6,39)	209 (0,30)	69.351 (100,00)
Pernambuco	3.043 (2,77)	103.110 (93,91)	3.237 (2,95)	406 (0,37)	109.796 (100,00)
Piauí	425 (1,23)	32.972 (95,35)	1.013 (2,93)	171 (0,49)	34.581 (100,00)
Paraná	10.826 (12,00)	76.277 (84,58)	3.010 (3,34)	75 (0,08)	90.188 (100,00)
Rio de Janeiro	11.218 (4,91)	116.833 (51,17)	14.502 (6,35)	85.779 (37,57)	228.332 (100,00)
Rio G. do Norte	3.447 (12,55)	23.693 (86,26)	305 (1,11)	22 (0,08)	27.467 (100,00)
Rondônia	695 (2,42)	27.352 (95,33)	508 (1,77)	137 (0,48)	28.692 (100,00)
Rio G. do Sul	12.822 (15,87)	66.089 (81,80)	1.723 (2,13)	161 (0,20)	80.795 (100,00)
Santa Catarina	683 (1,79)	36.209 (94,96)	1.126 (2,95)	111 (0,29)	38.129 (100,00)
Sergipe	1.833 (12,90)	12.265 (86,31)	65 (0,46)	48 (0,34)	14.211 (100,00)
São Paulo	111.056 (16,13)	519.054 (75,37)	55.967 (8,13)	2.595 (0,38)	688.672 (100,00)
Tocantins	20 (0,09)	21.274 (95,84)	892 (4,02)	11 (0,05)	22.197 (100,00)
Brasil	205.403 (8,22)	2.074.047 (83,04)	125.911 (5,04)	92.249 (3,69)	2.497.610 (100,00)
<i>Macrorregião brasileira</i>	<i>AD1 N (%)</i>	<i>AD2 N (%)</i>	<i>AD3 N (%)</i>	<i>AD não informado N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
Norte	5.367(2,85)	177.526 (94,43)	4.712 (2,51)	400 (0,21)	188.005 (100,00)
Nordeste	13.770 (3,17)	405.572 (93,34)	13.690 (3,15)	1.483 (0,34)	434.515(100,00)
Sudeste	136.382 (11,61)	865.081 (73,63)	84.417 (7,19)	88.962 (7,57)	1.174.842 (100,00)
Sul	24.331 (11,64)	178.575 (85,49)	5.859 (2,80)	347 (0,17)	209.112 (100,00)
Centro-Oeste	14.927 (8,38)	152.096 (85,35)	10.770 (6,04)	407 (0,23)	178.200 (100,00)

*Não inclui os estados do Espírito Santo e Roraima, por indisponibilidade de dados.

No que diz respeito aos desfechos clínicos da AD no Brasil, registraram-se 2.204.409 atendimentos com ‘permanência’ do paciente nos serviços de atenção domiciliar do SUS, outros 92.443 foram encaminhados para a atenção básica e 3.993 apresentaram quadros clínicos de urgência/emergência. A internação hospitalar foi registrada para 4.353 atendimentos e a alta administrativa/clínica para 41.956 e o óbito para 14.426 usuários de AD (Tabela 4).

Tabela 4 — Distribuição dos atendimentos domiciliares conforme o desfecho clínico, Unidades Federativas do Brasil, 2018.

<i>Unidade Federativa*</i>	<i>Permanência N (%)</i>	<i>Encaminha. Atenção Básica** N (%)</i>	<i>Urgência/ emergência N (%)</i>	<i>Internação hospitalar N (%)</i>	<i>Alta admin. /clínica*** N (%)</i>	<i>Óbito N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
Acre	12.384 (97,7)	2 (0,02)	3 (0,02)	12 (0,09)	164 (1,29)	115 (0,91)	12.680 (100,00)
Alagoas	1.374 (14,4)	1.358 (14,2)	97 (1,01)	249 (2,6)	5.614 (58,7)	878 (9,2)	9.570 (100,00)
Amapá	4.270 (98,9)	29 (0,7)	1 (0,02)	12 (0,28)	24 (0,55)	17 (0,39)	4.353 (100,00)
Amazonas	20.048 (95,8)	112 (0,5)	19 (0,09)	24 (0,11)	659 (3,13)	202 (0,96)	21.064 (100,00)
Bahia	176.316 (97,8)	1.066 (0,6)	166 (0,09)	287 (0,16)	1.645 (0,91)	787 (0,44)	180.267 (100,00)
Ceará	102.363 (96,9)	1.097 (1,0)	83 (0,08)	125 (0,12)	969 (0,92)	989 (0,94)	105.626 (100,00)
D. Federal	16.989 (96,7)	44 (0,3)	15 (0,09)	75 (0,43)	182 (1,04)	235 (1,34)	17.540 (100,00)
Goiás	113.736 (97,2)	896 (0,8)	64 (0,05)	118 (0,10)	1.519 (1,30)	667 (0,57)	117.000 (100,00)
Maranhão	71.836 (97,8)	716 (1,0)	9 (0,01)	70 (0,10)	546 (0,74)	306 (0,42)	73.483 (100,00)
Minas Gerais	225.022 (87,2)	20.518 (8,0)	920 (0,36)	895 (0,35)	8.994 (3,49)	1.485 (0,5)	257.834 (100,00)
Mato G. do Sul	21.508 (98,5)	13 (0,06)	2 (0,01)	5 (0,02)	190 (0,87)	112 (0,51)	21.830 (100,00)
Mato Grosso	8.665 (97,3)	100 (1,12)	11 (0,12)	31 (0,35)	44 (0,49)	52 (0,58)	8.903 (100,00)
Pará	95.766 (96,7)	496 (0,50)	361 (0,36)	104 (0,11)	1.947 (1,97)	345 (0,35)	99.019 (100,00)
Paraíba	67.736 (97,7)	262 (0,38)	77 (0,11)	65 (0,09)	799 (1,15)	412 (0,59)	69.351 (100,00)
Pernambuco	107.038 (97,4)	756 (0,69)	42 (0,04)	195 (0,18)	937 (0,85)	828 (0,75)	109.796 (100,00)
Piauí	33.641 (97,3)	279 (0,81)	12 (0,03)	71 (0,21)	295 (0,85)	283 (0,82)	34.581 (100,00)
Paraná	76.021 (84,3)	11.328 (12)	211 (0,23)	462 (0,51)	1.715 (1,90)	451 (0,50)	90.188 (100,00)

Rio de Janeiro	225.795 (98,8)	666 (0,29)	56 (0,02)	213 (0,09)	838 (0,37)	764 (0,33)	228.332 (100,00)
Rio G. do Norte	26.595 (96,8)	170 (0,62)	34 (0,12)	143 (0,52)	444 (1,62)	81 (0,29)	27.467 (100,00)
Rondônia	27.716 (96,6)	459 (1,60)	27 (0,09)	29 (0,10)	187 (0,65)	274 (0,95)	28.692 (100,00)
Rio G. do Sul	71.325 (88,3)	7.495 (9,2)	137 (0,17)	233 (0,29)	1.149 (1,42)	456 (0,56)	80.795 (100,00)
Santa Catarina	32.215 (84,5)	4.466 (11)	720 (1,89)	191 (0,50)	256 (0,67)	281 (0,74)	38.129 (100,00)
Sergipe	14.012 (98,6)	106 (0,75)	9 (0,06)	5 (0,04)	29 (0,20)	50 (0,35)	14.211 (100,00)
São Paulo	630.115 (91,5)	39.996 (5)	913 (0,13)	710 (0,10)	12.627 (1,83)	4.311 (0,6)	688.672 (100,00)
Tocantins	21.923 (98,7)	13 (0,06)	4 (0,02)	29 (0,13)	183 (0,82)	45 (0,20)	22.197 (100,00)
Brasil	2.204.409 (93,35)	92.443 (3,91)	3.993 (0,17)	4.353 (0,18)	41.956 (1,78)	14.426 (0,61)	2.361.580 (100,00)
<i>Macrorregião brasileira</i>	<i>Permanência N (%)</i>	<i>Encaminha. Atenção Básica** N (%)</i>	<i>Urgência/ emergência N (%)</i>	<i>Internação hospitalar N (%)</i>	<i>Alta admin. / clínica*** N (%)</i>	<i>Óbito N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
Norte	182.107 (91,97)	11.119 (5,62)	415 (0,21)	210 (0,11)	3.164 (1,59)	998 (0,50)	198.013 (100,00)
Nordeste	736.937 (96,92)	5.810 (0,76)	529 (0,07)	1.210 (0,16)	11.278 (1,48)	4.614 (0,61)	760.378 (100,00)
Sudeste	1.080.932 (92,01)	61.180 (5,21)	1.889 (0,16)	1.818 (0,15)	22.459 (1,91)	6.560 (0,56)	1.174.838 (100,00)
Sul	199.306 (91,45)	12.457 (5,72)	1.218 (0,56)	528 (0,24)	3.352 (1,54)	1.082 (0,49)	217.943 (100,00)
Centro-Oeste	160.898 (97,35)	1.053 (0,64)	92 (0,06)	229 (0,14)	1.935 (1,17)	1.066 (0,64)	165.273 (100,00)

*Não inclui os estados do Espírito Santo e Roraima, por indisponibilidade de dados.

**Encaminhamento para Atenção Básica.

***Alta administrativa/clínica.

O maior coeficiente de determinação (rs^2) foi entre AD2 e permanência do paciente no serviço de atendimento domiciliar, $rs^2 = 0,98$. Na modalidade AD1, a variável que melhor explica o aumento de atendimentos foi o aumento de alta clínica/administrativa ($rs^2 = 0,69$), e na AD3, o aumento de pacientes em óbitos ($rs^2 = 0,62$). A variação entre a variável ‘encaminhamento para atenção básica’ e AD3 foi a menos explicada (0,37), conforme matriz de correlação (Tabela 5).

Tabela 5 — Matriz de correlação entre desfechos clínicos com modalidades de atenção domiciliar, AD1, AD2 e AD3, Unidades Federativas do Brasil, 2018.

Desfechos clínicos	AD1			AD2			AD3		
	rs	rs2	p	rs	rs2	p	rs	rs2	p
Permanência	0,78	0,61	<0,001	0,99	0,98	<0,001	0,78	0,61	<0,001
Encamin. atenção básica*	0,75	0,56	<0,001	0,84	0,71	<0,001	0,61	0,37	<0,001
Urgência/emergência	0,74	0,55	<0,001	0,79	0,62	<0,001	0,69	0,48	<0,001
Internação hospitalar	0,78	0,61	<0,001	0,84	0,71	<0,001	0,69	0,48	<0,001
Alta admin./clínica**	0,83	0,69	<0,001	0,92	0,85	<0,001	0,71	0,50	<0,001
Óbito	0,77	0,59	<0,001	0,94	0,88	<0,001	0,79	0,62	<0,001

*Encaminhamento para Atenção Básica.

**Alta administrativa/clínica.

DISCUSSÃO

No Brasil registrou-se mais de dois milhões de registros referentes aos atendimentos domiciliares no âmbito da saúde pública brasileira. Constatou-se uma distribuição maior de atendimentos para indivíduos do sexo feminino, para atendimentos programados, modalidade AD2 e para o desfecho clínico ‘permanência’ no serviço de atenção domiciliar. Os estados da região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro) apresentaram mais registros de

atendimentos domiciliares, com exceção do Espírito Santo, por indisponibilidade de dados no sistema do SUS, no ano de 2018.

Apesar da expansão do atendimento domiciliar no Brasil, o serviço ainda enfrenta limitações para responder plenamente à demanda e assegurar acompanhamento clínico, resolutivo e contínuo. Portanto, falha-se na quantidade e na qualidade desses atendimentos. Uma das barreiras prováveis relaciona-se com o vasto território brasileiro, incluindo locais de acesso complexo,^{1,9} além disso, há também uma dificuldade de articulação da AD com os outros serviços ofertados na Rede de Atenção à Saúde, do SUS, sobretudo com a atenção básica. Nessa perspectiva, há um caminho dinâmico a ser percorrido para alcançar a integralidade do cuidado ao paciente.¹⁵

A distribuição de atendimentos por sexo apresentou 1,28 pontos percentuais a mais para as mulheres. De modo semelhante, um estudo transversal realizado no estado de Alagoas,¹⁶ registrou maior número de atendimentos domiciliares para pessoas do sexo feminino, sendo congruente, adicionalmente, com outros estudos brasileiros.^{17,18}

Ressalta-se que essa constatação pode ser fundamentada pelo maior quantitativo de mulheres com idade superior a 60 anos no Brasil, expressando uma relação de 80 homens para 100 mulheres.¹⁹ Para mais, observa-se um maior número de óbitos entre os homens, o que contribui para uma maior população idosa do sexo feminino,¹⁶ com expectativa de vida acima de 80 anos²⁰, e, portanto, com maior potencial para uso de AD.

Entretanto, mesmo que o público mais evidente pela atenção domiciliar seja o da faixa etária acima dos 60 anos de idade (idosos), outras idades também são amparadas pelo atendimento domiciliar,^{1,21} tais como neonatos e lactentes, adultos e pacientes que necessitam de cuidados paliativos.¹⁴ No Brasil, quase a totalidade dos atendimentos aos pacientes foi programado previamente, resultado positivo que sugere existir uma organização na agenda dos profissionais de saúde, com planejamento do processo de trabalho.

No presente estudo, o registro de óbito foi menor que 1,0% do total de atendimentos domiciliares, com taxas semelhantes entre as regiões brasileiras, variando de 0,50% a 0,64%.

Nessa direção, as baixas taxas de óbito entre os pacientes em atenção domiciliar trata-se de um resultado relevante, pois pode ser interpretado como a promoção de assistência adequada às necessidades do paciente, com oportunidade de restabelecer ou, no mínimo, manter o quadro de saúde. Além das baixas frequências do desfecho óbito, destacam-se os outros desfechos, que imprimem, de certa forma, qualidade do serviço domiciliar prestado, que seriam as baixas taxas de internação e de demandas para os serviços de urgências/emergências.

Ainda sobre o baixo número de óbitos registrados, destaca-se um estudo de coorte longitudinal realizada na Itália, o qual demonstra que o serviço de atendimento domiciliar apresentou fortes ganhos, com menor mortalidade entre pacientes com melhorias de doença pulmonar grave.²²

Ganhos relacionados aos atendimentos domiciliares também foram registrados em outros países, como no Canadá, em que 65,0% das necessidades dos pacientes foram atendidas nos cuidados domiciliares.²³

Por mais, quanto às visitas domiciliares após a morte de pacientes, no Brasil elas se referiram a menos de 50,0% dos registros totais de óbitos ocorridos. Resultado que demonstra a falta de apoio aos familiares no processo de luto e de acolhimento à dor, contrariando o previsto na Resolução nº 41 de 2018, que dispõe das diretrizes para organizar cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS.²⁴

Sobre a descrição da modalidade da AD, verificou-se ausência de informação em 92.249 registros no banco de dados do Ministério da Saúde brasileiro. O motivo do não registro deve ser bem investigado, dada a importância da informação para avaliar e planejar o serviço no âmbito da saúde pública.

Ressalta-se que, a modalidade de atenção domiciliar do tipo AD2 foi a mais registrada. As variáveis que mais explicaram o aumento no número de AD2 foi a necessidade de permanência

no serviço. A AD1 apresentou forte correlação positiva com alta clínica/administrativa e AD3 com óbito, podendo ser explicadas, em parte, pelo direcionamento de pacientes para AD1, AD2 e AD3, conforme o grau de complexidade de saúde. Quanto menor a complexidade no quadro de saúde (AD1) maiores as chances de recebimento de alta. Na AD o paciente é classificado conforme sua condição de saúde para ser assistido nas diferentes modalidades de atenção domiciliar e pelas diferentes categorias profissionais.²⁵

Neste contexto, a AD consiste em uma modalidade de atenção à saúde, adequada à efetivação de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar,^{5,26} e proporciona uma maior aproximação entre paciente e profissional de saúde.²⁷ Entre os profissionais que atuam no serviço de AD, é possível observar uma maior assistência na área da enfermagem, fisioterapia, medicina e nutrição.^{16,28,29}

Ademais, a assistência domiciliar efetuada por equipe multidisciplinar evita ou minimiza, dentro do possível, os desfechos internações hospitalares, situações de urgências/emergências e os óbitos,^{12,30} o que poderia explicar as baixas frequências desses desfechos entre os assistidos na AD, no âmbito da saúde pública do Brasil. Esse resultado também sugere a importância da AD para o controle dos agravos à saúde dos usuários desse serviço.

O uso de dados secundários pode ser considerada uma das limitações deste estudo, devido à possibilidade de viés de informação no processo de alimentação do banco de dados do Ministério da Saúde. Deve-se considerar, também, a falta de registros em dois estados brasileiros, Espírito Santo e Roraima, por ausência de informações no SISAB, subestimando o valor real de atendimentos domiciliares no âmbito do SUS. Apesar dessas limitações, o estudo traz como fortaleza a análise dos registros de 25 Unidades Federativas, possibilitando conhecer o panorama da atenção domiciliar no serviço público do Brasil; com possíveis contribuições no planejamento e monitoramento desse serviço. Considerando que a AD dialoga com as necessidades da população usuária da rede de serviços do SUS, considera-se que a expansão de

suas ações, no território brasileiro poderia contribuir no acesso facilitado a mais pacientes que demandam cuidados em domicílio. Na mesma direção, estratégias que possam melhorar indicadores de saúde coletiva na APS devem ser implantadas, como medida de prevenir doenças e seus agravamentos, que levam à necessidade de AD por longo prazo, impactando na resolubilidade do sistema SUS, com baixos números de alta clínica/administrativa e encaminhamentos para acompanhamento na AB.

REFERÊNCIAS

1. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2016; 21(3):903-912. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.
2. Iwata H, Matsushima M, Watanabe T, et al. The need for home care physicians in Japan - 2020 to 2060. BMC Health Serv Res. 2020; 20(1):752. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>.
3. Barra DCC, Gapski GB, Paese F, et al. Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. Rev. Bras. Enferm. 2021; 74(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: MS, 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. 25 abr 2016.
6. Davis K, Stremikis K, Squires D, et al. Mirror, mirroronthewall. How the performance of the U.S. health care system compares internationally. New York: The Commonwealth Fund; 2014.

7. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services. *Nurs Open*. 2021; 8(2):755-765. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.678>.
8. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, et al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Revista HCPA*. 2012; 32(3). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/31055>
9. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, et al. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2021; 30(19-20):2786-2807. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>.
10. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2020; 172(2):77-85. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-0600>.
11. Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, et al. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul. Enferm.* 2019; 32(6):624-631. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087>.
12. Sobotka SA, Dholakia A, Berry JG, et al. Home nursing for children with home mechanical ventilation in the United States: Key informant perspectives. *Pediatr Pulmonol*. 2020; 55(12):3465-3476. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ppul.25078>.
13. Brasil. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2 Set 2003.
14. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(5):1863-1877. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.

15. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RQ, et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*. 2019; 43(121):592-604. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
16. Carnaúba CMD, Silva TODA, Viana JF, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20 (3):353-363. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>.
17. Benassi V, Leandro JD, Medeiros RF, et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. *Journal of the Health Sciences Institute*. 2012; 30(4).
18. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro, et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(1):147-157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100009>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. XII Censo Demográfico IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tábua completa de mortalidade para o Brasil: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
21. Sanerma P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Home care services for older persons. The views of older persons and family members: A realistic evaluation. *Int J Older People Nurs*. 2020; 15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12281>.
22. Rizzi M, Grassi M, Pecis M, et al. A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90(3):395-401. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.223>.

23. Dubuc N, Dubois MF, Raîche M, et al. Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatr.* 2011; 11:67. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-67>.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 41 de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, MS, 2018.
25. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010-2020. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(10):2963-2972. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>.
26. Rauch L, Malloy SE. Home Hospitals: Maximizing Nursing Student Clinical Placements. *J Nurs Educ.* 2020; 59(5):269-273. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/01484834-20200422-06>.
27. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (7):CD009231. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231>.
28. McCreary DDJ. Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses. *Nurs Clin North Am.* 2020; 55(1):121-132. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.11.002>.
29. Bento MCSSC, Silva AP. Cuidados omissos em contexto de cuidados domiciliários: Razões na perspetiva dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref. serVI(1).* Disponível em: <https://doi.org/10.12707/rv21005>.
30. Abe K, Kawachi I, Watanabe T, et al. Association of the Frequency of In-Home Care Services Utilization and the Probability of In-Home Death. *JAMA Netw Open.* 2021; 4(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.32787>.

4.2 ARTIGO CIENTÍFICO 02

“Atenção domiciliar na saúde pública: perspectiva macro, meso e microrregional em Minas Gerais, Brasil”, publicado no periódico *Revista Enfermagem Atual In Derme* (DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1665>), e se encontra no Anexo A.

4.3 CAPÍTULO DE LIVRO

Foi publicado um capítulo de livro com a temática atenção domiciliar (Anexo B), conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 — Descrição do capítulo de livro publicado.

Título	Editora	Ano	Link de Acesso
Atenção domiciliar na saúde pública	E-Publicar	2022	https://doi.org/10.47402/ed.ep.c202223449266

Fonte: A autora (2025).

4.4 RESUMOS EXPANDIDOS PUBLICADOS E APRESENTADOS EM EVENTO CIENTÍFICO

Foram publicados em Anais de evento científico seis resumos expandidos (Anexo C), conforme apresentado no Quadro 4. Quadro 4 — Resumos expandidos publicados e apresentados em evento científico.

Título	Evento	Ano	Link de Acesso
Atenção domiciliar e cuidados paliativos na terminalidade da vida	I Congresso Internacional de Educação e Inovação	2023	https://congresso2023.unimontes.br/anais/ed3a6bf8-560d-47ec-8ec1-37b1f4976e83
Necessidades e demandas de serviços de saúde no âmbito da atenção domiciliar	I Congresso Internacional de Educação e Inovação	2023	https://congresso2023.unimontes.br/anais/3d228f17-099d-4819-94aa-3ada83b7155c
Visita domiciliar e atenção primária à saúde: pesquisa bibliométrica	15º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão	2021	https://fepeg2021.unimontes.br/
Visita domiciliar e educação em saúde: pesquisa bibliométrica	15º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão	2021	https://fepeg2021.unimontes.br/

Título	Evento	Ano	Link de Acesso
Atendimento domiciliar no âmbito da formação em odontologia	14º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão	2020	https://fepeg2020.unimontes.br/
Visita domiciliar e saúde bucal	14º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão	2020	https://fepeg2020.unimontes.br

7 PRODUTOS TÉCNICOS

Foram executados os seguintes produtos técnicos na área temática atenção domiciliar:

- Palestra para capacitação sobre Lesão Por Pressão (LPP) ministrada para cuidadores de idosos e técnicos de enfermagem no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASI) (Anexo F e Apêndice A);
- Palestra para capacitação de profissionais de saúde sobre o Programa Melhor em Casa, ministrada para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social (Apêndice B);
- Palestra para capacitação de estudantes do curso técnico de enfermagem do Instituto Qualificar sobre lesão por pressão (Anexo G e Apêndice C);
- Vídeo (*Pitch*) sobre Lesão Por Pressão (LPP), com 01:42 minutos, exposto no Instagram oficial do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primária em Saúde (PPGCPS). Além disso, o Pitch foi divulgado também por meio dos televisores localizados nas salas de espera do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) e foi enviado, por meio do WhatsApp, aos profissionais e estudantes presentes nas capacitações supracitadas (Apêndice D);
- Cartilha com orientações sobre Lesão Por Pressão (LPP), a qual foi disponibilizada, por via e-mail e WhatsApp, aos profissionais presentes nas capacitações supracitadas. Justifica-se a seleção da temática com base em resultados de pesquisa de campo prévia, na qual a autora desta dissertação teve a oportunidade de participar no âmbito do PPGCPS, que revelou ser a Lesão Por Pressão (LPP) um dos desfechos mais frequentes entre os usuários dos serviços de atenção domiciliar (Anexo C e Apêndice E).

O Quadro 5 apresenta uma descrição dos produtos técnicos desenvolvidos durante o processo de mestrado, segundo público alvo e local da efetivação e/ou disponibilidade das produções.

Quadro 5 — Descrição de produtos técnicos desenvolvidos durante o processo de mestrado, segundo público alvo e local da efetivação e/ou disponibilidade das produções.

Produto técnico	Público alvo	Local da efetivação e/ou Disponibilidade das produções
Palestra para capacitação sobre Lesão Por Pressão	Cuidadores de idosos e técnicos de enfermagem	Efetivado no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASI)

Produto técnico	Público alvo	Local da efetivação e/ou Disponibilidade das produções
Palestra para capacitação sobre o Programa Melhor em Casa	Profissionais de saúde: Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social	Efetivado no Espaço físico de funcionamento do Programa Melhor em Casa
Palestra para capacitação sobre lesão por pressão	Estudantes do curso técnico de enfermagem	Efetivado no Instituto Qualificar
Vídeo (Pitch) sobre Lesão Por Pressão	Profissionais de saúde, estudantes de cursos de graduação e de nível técnico na área da saúde	Disponibilizado no Instagram oficial do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primária em Saúde (PPGCPS), televisores localizados nas salas de espera do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) e divulgação no Whatsapp
Cartilha com orientações sobre Lesão Por Pressão (LPP)	Profissionais de saúde, estudantes de cursos de graduação e de nível técnico na área da saúde	Disponibilizado online via e-mail e Whatsapp

Fonte: A autora (2025).

8 CONCLUSÕES

No Brasil, os estados com maior número absoluto de atendimento domiciliar foram os da região Sudeste. A grande maioria dos atendimentos foi com programação prévia, fato que sugere organização do serviço quanto ao levantamento das demandas de saúde para os cuidados domiciliares.

As correlações mais fortes entre modalidade da AD e desfechos clínicos foram: para AD1 com alta clínica/administrativa; AD2 com permanência no serviço; e AD3 com óbitos. Os desfechos urgências/emergências, internações e óbitos apresentaram baixas frequências, com provável justificativa de ser a atenção domiciliar uma importante modalidade de cuidado que contribui para manutenção/recuperação da saúde dos pacientes.

O desfecho clínico ‘permanência’ no serviço foi registrado para grande maioria dos atendimentos domiciliares, tanto no Brasil, como na análise por Minas Gerais, na perspectiva macro, micro e mesorregional, conforme artigo publicado em anexo A. Portanto, estratégias que possam melhorar indicadores de saúde na APS devem ser implantadas, como medida de prevenir doenças e seus agravamentos, que levam à necessidade de permanência na AD, por longo prazo, impactando na resolubilidade do sistema SUS, a partir de baixos números de alta clínica/administrativa e encaminhamentos para acompanhamento na AB. Este estudo possibilitou conhecer o panorama dos atendimentos domiciliares no SUS, com possíveis contribuições no planejamento e monitoramento da atenção domiciliar.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Patrícia Pinto *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 11, de 25 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF. Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BRASIL. **Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira**. Brasília, DF: Senado Federal; 2007. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.html

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

CAVALCANTE, Maria Eduarda Pires Lima *et al.* Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20220001, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>

CHENG, Xunjie *et al.* Population ageing and mortality during 1990-2017: A global decomposition analysis. **PLoS Med.**, v. 17, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003138>

FARIA, Lina; CALÁBRIA, Luciana Karen; AMARAL, S. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. In: FARIA, Lina; CALÁBRIA, Luciana Karen; ALVES, Waneska Alexandra. **Envelhecimento: Um olhar interdisciplinar.** 1^a ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 444 p, p. 61-88.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; BITTENCOURT, Cléa Maria Marques.; TAVARES, José Lucimar. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. **Rev Baiana Enferm**, v. 13, n. 1/2., p. 103-107, 2000.

GARRARD, James W. *et al.* Comprehensive Geriatric assessment in primary care: a systematic review. **Aging Clin. Exp. Res.**, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01183-w>

GLENN, Evelyn Nakano. **Forced to care: Coercion and caregiving in America.** Londres: Harvard University Press, 2010. 269 p. Disponível em: <https://caringlabor.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/05/forced-to-care.pdf>

ISMAIL, Zainab *et al.* The Impact of Population Ageing: A review. **Iranian Journal of Public Health**, v. 50, n. 12, p. 2451-2460, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i12.7927>

KERBER, Nalú Pereira da Costa, KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso, CEZAR-VAZ, Marta Regina. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qDsjQHTrk3nKwF4prhRQd4m/?format=pdf&lang=pt>

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude Soc.**, v. 2, n. 15, p. 88-95, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>

LACERDA, Maria Ribeiro. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar:** vivência do cuidado da enfermeira. Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/79127>.

LI, Shanshan *et al.* Association of religious service attendance with mortality among women. **JAMA Intern Med.**, v. 176, n. 6, p. 777-85, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>

LORINCZ, Caitlin Young *et al.* **Research in ambulatory patient safety 2000-2010**: a 10-year review. American Medical Association. Chicago, 2011. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf.

MAIA, Luciana Colares *et al.* Impact of matrix support on older adults in primary care: randomized Community trial. **Rev. Saude Publica**, v. 55, n. 10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>

MAZZA, Maria Márcia Porto Rossetto. A visita domiciliaria como instrumento de assistência de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 60-68, 1994. Disponível em: <https://revistas.usp.br/jhgd/article/view/38143/40877>

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva Medeiros *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s322>

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 12–15, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>

MOREIRA-ALMEIDA; Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciênc Cult.**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>

MURASHIMA, Sachiko *et al.* Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. **Public Health Nurs**, v. 19, n. 2, p. 94-103, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11860594/>

NERY, Bruno Leonardo Soares *et al.* Características dos serviços de atenção domiciliar. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 12, n. 5, p. 1422-1429, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>

NOGUERA, Josep María Segura *et al.* Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. **Atencion Primaria**, v. 25, n. 3, p. 16-17, 2000. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7681256/pdf/main.pdf>

PELUCIO, Luísa *et al.* Assistência domiciliar a idosos com demência: uma revisão sistemática. **Demência e Neuropsicologia**, v. 17, p. e20220052, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-0052>

POWELL, Suzanne K. Advanced Hospital Health Care at Home. **Prof Case Manag.**, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000541>

PROCÓPIO, Laiane Cláudia Rodrigues Procópio *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 592–604, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Cien. Saúde Colet.**, v. 25, n. 5, p. 1863–1877, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>

RAMOS, Gilmara *et al.* Idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e73818, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.73818>

RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar:** uma 'nova' modalidade de atenção à saúde. São Paulo: Portal Unimed, 2001. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/conteudo/ME01.htm>

RYU, Hosihn; AN, Jiyoung; KOBAYASHI, Mia. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. **Nurs Health Sci.**, v. 7, n. 2, p. 92-98, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15877685/>

SILVA, Yara Cardoso; SILVA, Kênia Lara; VELLOSO, Isabela Silva Câncio. Práticas utilizadas por uma equipe de atenção domiciliar: implicações para os cuidadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, p. e20190794, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0794>

SOBOTKA, Sarah A. *et al.* Home nursing for children with home mechanical ventilation in the United States: Key informant perspectives. **Pediatr. Pulmonol.**, v. 55, n. 12, p. 3465-3476, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ppul.25078>

SOUZA, Vânia de *et al.* Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 32, n. 6, p. 624-631, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087>

THOMÉ, Bibbi; DYKES, Anna-Karin; HALLBERG, Ingall Rahm. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. **J Clin. Nurs.**, v. 12, n. 6, p. 860-872, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14632979/>

WEALTH CANADA. Policy and Consultation Branch. **National health expenditures in Canada 1975-1996:** factsheets. Ottawa: Wealth Canada, 1997. Disponível em: <http://socialpolicy.ca/cush/m7/healthfact.pdf>

WEHNER, Kathrin; SCHWINGER, Antje; BÜSCHER, Andreas. Quality in home care: Review of relevant structural, process and outcome related aspects of care. **Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.**, v. 167, p. 15-24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.09.003>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home-based and long-term care:** home care issues at the approach of the 21th century from a World Health Organization perspective - a literature review. Genebra: World Health Organization, 1999.

ZANDAVALLI, Rafaela Brugalli *et al.* Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2213>

ANEXO A — Artigo publicado: Atenção domiciliar na saúde pública: perspectiva macro, meso, e microrregional em Minas Gerais, Brasil.

ARTIGO ORIGINAL



ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE PÚBLICA: PERSPECTIVA MACRO, MESO E MICRORREGIONAL EM MINAS GERAIS, BRASIL

HOME CARE IN PUBLIC HEALTH: MACRO, MESO AND MICRORREGIONAL PERSPECTIVES IN MINAS GERAIS, BRAZIL

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVAS MACRO, MESO Y MICRORREGIONALES EN MINAS GERAIS, BRASIL

¹Cristiane Vieira da Silva

²Victor Guilherme Pereira

³Ely Carlos Pereira de Jesus

⁴Sirlaine de Pinho

⁵Luciana Colares Maia

⁶Simone de Melo Costa

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0002-5887-2587>.

²Faculdade de Saúde e Humanidades Bifurca (FASIB). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0002-8384-385X>.

³Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0003-2071-6287>.

⁴Fundação Educacional Alto Médio (FUNAM). São Francisco, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0003-0442-9405>.

⁵Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0001-6359-3593>.

⁶Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://doi.org/0000-0002-0266-018X>.

Autor correspondente

Cristiane Vieira da Silva

Endereço: Rua Gerônimo, nº 227, Sagrada Família, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39401-023. Contato: +55(38)988199580. E-mail: ig.cristiane@gmail.com.

Submissão: 24-01-2023

Aprovado: 15-03-2023

RESUMO

Objetivo: Investigar dados de atenção domiciliar na saúde pública, a partir da perspectiva macro, meso e microrregional no âmbito de Minas Gerais (MG), Brasil. **Método:** Estudo com delineamento ecológico. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde brasileiro e se referem aos atendimentos domiciliares efetuados no período de 2016 a 2018. Exploraram-se as variáveis estratificadas por: sexo, modalidade de atenção domiciliar 1, 2 ou 3, atendimento programado ou não, visita pós-obito e desfecho. Considerou-se a perspectiva macro o estado de Minas Gerais, meso a região do norte do estado e microrregional o município de Montes Claros (MG). **Resultados:** Em Minas Gerais foram efetuados 665.395 atendimentos domiciliares, com maior frequência para assistência às mulheres (51,72%). Observou-se que os atendimentos programados apresentaram frequências acima de 95%. No período avaliado, houve aumento de visitas domiciliares após o óbito do paciente. A modalidade de atendimento domiciliar 2 foi a mais prevalente nas regiões investigadas e, além disso, registra-se preponderância para a permanência de pacientes na atenção domiciliar. Em Montes Claros, os atendimentos com desfecho urgência/emergência (0,05%), internação hospitalar (0,09%), alta administrativa/clinica (0,26%) e óbito (0,45%) foram baixos. **Conclusão:** De modo significativo, os atendimentos foram majoritariamente programados, sugerindo planejamento de ações em saúde em Minas Gerais. A necessidade de permanecer na AD implica em baixos índices para alta clínica/administrativa, o que pode impactar na resolução do sistema de saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Atenção à Saúde; Saúde Pública; Perfil de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate data on home care in public health, from a macro, meso and micro regional perspective in Minas Gerais (MG), Brazil. **Method:** Study with ecological design. Data were extracted from the Health Information System for Primary Care (SISAB) of the Brazilian Ministry of Health and refer to home care provided from 2016 to 2018. Variables stratified by: gender, type of home care were explored. 1, 2 or 3, scheduled or unscheduled care, post-death visit and outcome. The macro perspective was the state of Minas Gerais, the meso the northern region of the state and the micro-region the municipality of Montes Claros (MG). **Results:** In Minas Gerais, 665.395 home visits were carried out, most frequently for women (51.72%). It was observed that scheduled appointments had frequencies above 95%. In the evaluated period, there was an increase in home visits after the patient's death. Home care modality 2 was the most prevalent in the investigated regions and, in addition, there is a preponderance for the permanence of patients in home care. In Montes Claros, attendances with urgency/emergency outcome (0.05%), hospitalization (0.09%), administrative/clinical discharge (0.26%) and death (0.45%) were low. **Conclusion:** Significantly, the appointments were mostly scheduled, suggesting planning of health actions in Minas Gerais. The need to remain in the HC implies low rates for clinical/administrative discharge, which may impact the resolution of the health system.

Keywords: Home Nursing; Health Care; Public Health; Health Profile; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Investigar datos sobre la atención domiciliaria en salud pública, desde una perspectiva macro, meso y micro regional en Minas Gerais (MG), Brasil. **Método:** Estudio con diseño ecológico. Los datos fueron extraídos del Sistema de Información en Salud para la Atención Primaria (SISAB) del Ministerio de Salud de Brasil y se refieren a la atención domiciliaria brindada entre 2016 y 2018. Se exploraron variables estratificadas por: género, tipo de atención domiciliaria 1, 2 o 3, atención programada o no programada, visita posterior a la muerte y resultado. La perspectiva macro fue el estado de Minas Gerais, la meso la región norte del estado y la microrregión el municipio de Montes Claros (MG). **Resultados:** En Minas Gerais se realizaron 665.395 visitas domiciliarias, con mayor frecuencia a mujeres (51,72%). Se observó que las citas programadas tenían frecuencias superiores al 95%. En el periodo evaluado, hubo un aumento de las visitas domiciliarias después de la muerte del paciente. La modalidad de atención domiciliaria 2 fue la más prevalente en las regiones investigadas y, además, hay preponderancia para la permanencia de los pacientes en la atención domiciliaria. En Montes Claros, las atenciones con resultado de urgencia/emergencia (0,05%), hospitalización (0,09%), alta administrativa/clinica (0,26%) y muerte (0,45%) fueron bajas. **Conclusión:** Significativamente, las citas fueron en su mayoría programadas, lo que sugiere la planificación de acciones de salud en Minas Gerais. La necesidad de permanencia en el HC implica bajas tasas de alta clínico administrativa, lo que puede impactar en la resolución del sistema de salud.

Palabras clave: Atención Domiciliaria de Salud; Cuidado de la Salud; Salud Pública; Perfil de Salud; Sistema Único de Salud.



INTRODUÇÃO

No Brasil, a mudança do perfil epidemiológico associado ao fenômeno de envelhecimento da população, destaca-se como foco de preocupação para as ações de saúde pública. Diante disso, buscam-se inovações nos modelos de assistência que supram a necessidade de promover saúde para a população⁽¹⁻⁴⁾. A Atenção Domiciliar (AD) surge nessa perspectiva, sendo trabalhada nos preceitos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com a finalidade de promover atendimento integral, universal, resolutivo e que viabiliza o emprego de acolhimento e humanização na atenção aos pacientes⁽⁵⁻⁶⁾.

A prática da AD possibilita um maior acesso aos serviços de saúde e proporciona continuidade de tratamentos e cuidados essenciais, necessitado comumente em pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^(5,7-8). O Brasil trabalha com a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), instituída pela portaria do Ministério da Saúde nº 2.029/2011. A atenção domiciliar está regulamentada pela Portaria nº 825/2016 e se tornou uma modalidade assistencial de relevância no contexto da saúde pública brasileira⁽⁹⁻¹⁰⁾. No entanto, estudos alertam que haja um déficit nacional e internacional na oferta de serviços de AD considerando a demanda por cuidados de saúde e as necessidades atualmente existentes⁽⁴⁾.

A AD apresenta três modalidades: Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3). As

modalidades são fundamentadas a partir das necessidades do cuidado, frequência das visitas ao domicílio, complexidade do cuidado multiprofissional e utilização de recursos. A modalidade AD1 é ofertada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e conta com maior intervalo entre as visitas e intervenções multiprofissionais, considerando a estabilidade clínica do paciente e o suporte de cuidados satisfatórios ofertados pelos familiares/cuidadores^(9,11).

Por outro lado, as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo vinculadas às demandas de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e APS^(9,10). Indivíduos assistidos por meio dessas modalidades necessitam de assistência multiprofissional complexa, intensa e continuada, além disso, conta com visitas de frequência mínima semanal e utilização ampla de equipamentos e recursos⁽¹¹⁻¹³⁾.

Na perspectiva de Brasil, considera-se a relevância socioeconômica do estado de Minas Gerais (MG), que, entretanto, na região norte do estado, apresenta características socioeconômicas e naturais semelhantes ao nordeste brasileiro. Adicionalmente, na região norte de MG, destaca-se o município de Montes Claros, considerada cidade polo por se configurar no principal centro urbano de referência da região e, portanto, demonstra características de capital regional norte mineira. Desta forma, com três unidades geográficas de particularidades distintas, justifica-se este estudo, que objetiva investigar dados de atenção domiciliar na saúde pública, a



ARTIGO ORIGINAL

partir da perspectiva macro, meso e microrregional no âmbito de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Estudo com delineamento ecológico, analítico e descritivo. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), do Ministério da Saúde, Brasil, referente aos atendimentos domiciliares no período de 2016 a 2018. Os dados são agregados e de domínio público, sem identificação dos usuários e, portanto, sem comprometimento ético na análise. O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Os dados do SISAB foram salvos em 2019, registrados no site oficial do Ministério da Saúde.

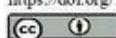
Os dados dizem respeito a três regiões geográficas de Minas Gerais, Brasil, na perspectiva macrorregional (estado de Minas Gerais – MG), mesorregional (região norte do estado de MG) e microrregional (município de Montes Claros, cidade polo do norte de MG). Cabe destacar que as avaliações macro e mesorregional foram efetuadas a partir de municípios com dados disponíveis no SISAB.

Para o estado de Minas Gerais foram constatados dados de 29 municípios (avaliação macrorregional). Desses 29 municípios, cinco estão localizados no norte de Minas (avaliação mesorregional). Os municípios de MG disponíveis são: Barbacena, Belo Horizonte,

Betim, Bom Despacho, Caratinga, Contagem, Francisco Sá (norte de MG), Ibirité, Ipatinga, Itaobim, Jaíba (norte de MG), Jequitinhonha, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Monte Carmelo, Montes Claros (norte de MG), Nova Lima, Pará de Minas, Pirapora (norte de MG), Poços de Caldas, Ribeirão das Neves, Sabará, São Lourenço, Sarzedo, Taiobeiras (norte de MG), Uberaba, Uberlândia, Varginha e Vespasiano.

As informações estudadas foram apresentadas por ano - no período de 2016 a 2018 - e por unidade macro, meso e microrregional. Em relação ao número de atendimentos, exploraram-se as variáveis estratificadas por: sexo; modalidade de atendimento (AD1, AD2, AD3 - que se referem ao grau de complexidade de saúde do paciente); atendimento programado ou não, visita pós-óbito e desfecho (permanência na AD, alta administrativa/clinica, óbito, encaminhamento para atenção básica, situação de urgência e emergência, e internação hospitalar).

Os resultados foram apresentados em valores absolutos e percentuais, médias e desvio padrão para as três unidades regionais de Minas Gerais (micro, meso e macrorregião). O estudo foi conduzido com dados de domínio público relacionados a atenção domiciliar. Portanto, vale ressaltar que não houve o envolvimento direto com seres humanos, não sendo necessária a aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, adicionalmente, foram respeitadas as normativas de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.



RESULTADOS

No triênio 2016 a 2018 foram efetuados 665.395 atendimentos domiciliares em Minas Gerais na rede SUS. Observa-se que há um maior número de atendimentos em mulheres registrados no estado de MG (51,72%) e na região norte (51,08%). Em Montes Claros, percebe-se um maior registro de atendimentos em indivíduos do

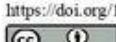
sexo masculino (53,86%), com média de 7.415 serviços assistenciais a esse contingente populacional. Para mais, nesse período, destaca-se que Montes Claros efetuou 49,15% dos atendimentos a mulheres no norte de Minas e 59,93% dos atendimentos realizados aos homens. A tabela 1 apresenta os registros de atendimentos em MG, norte do estado e Montes Claros durante o triênio, estratificado conforme o sexo.

Tabela 1 - Descrição do número de atendimentos domiciliares por sexo, Minas Gerais, Brasil, 2016 a 2018.

Unidade regional	Ano	Mulheres	Homens	Total
		N (%)	N (%)	N (%)
Macrorregião:	2016	109.067 (52,54)	98.537 (47,46)	207.604 (100,0)
Minas Gerais	2017	103.002 (51,51)	96.951 (48,49)	199.953(100,0)
	2018	132.041 (51,21)	125.797 (48,79)	257.838(100,0)
Total	2016 -2018	344.110 (51,72)	321.285 (48,28)	665.395 (100,0)
		Média (DP)	Média (DP)	
		114.703,33 (15.318,03)	107.095,00 (16.215,809)	-
Mesorregião:	Ano	N (%)	N (%)	Total
Norte de MG	2016	11.138 (48,80)	11.687 (51,20)	22.825 (100,0)
	2017	10.980 (50,79)	10.640 (49,21)	21.620(100,0)
	2018	16.645 (52,91)	14.814 (47,09)	31.459(100,0)
Total	2016-2018	38.763 (51,08)	37.121 (48,92)	75.884 (100,0)
		Média (DP)	Média (DP)	
		12.921,00 (3226,05)	12.373,67 (2174,88)	-
Microrregião:	Ano	N (%)	N (%)	Total
Montes Claros	2016	7.024 (47,32)	7.817 (52,68)	14.841 (100,0)
	2017	5.533 (44,24)	6.974 (55,76)	12.507 (100,0)
	2018	6.497 (46,57)	7.454 (53,43)	13.951 (100,0)
Total	2016-2018	19.054 (46,14)	22.245 (53,86)	41.299 (100,0)
		Média (DP)	Média (DP)	
		6.351,33 (756,10)	7.415,00 (422,851)	-

Fonte: SISAB, 2016-2018.

DP = desvio padrão; N = número.



ARTIGO ORIGINAL

Ocorreram atendimentos domiciliares programados e não programados. Observou-se uma maior frequência para o registro de atendimentos programados, sendo que em todos os anos, tanto no contexto macro, como meso e microrregional, os valores contabilizaram-se acima de 95% (tabela 2). No triênio, os atendimentos programados em Montes Claros, corresponderam a 6,21% do total de Minas

Gerais e não programados a 6,31% e, em relação aos registros do norte do estado, foram 54,87% e 43,49%, respectivamente. Os registros no norte de MG corresponderam a 11,30% de atendimentos programados no estado e 14,25% dos não programados. Além disso, verificou-se uma tendência geral de aumento dos índices de visita domiciliar após o óbito do paciente observada no período avaliado.

Tabela 2 - Descrição do número de atendimentos domiciliares programados ou não, e de visita domiciliar após o óbito do paciente, Minas Gerais, Brasil, 2016 a 2018.

Unidade regional	Ano	Atendimento programado	Atendimento não programado	Total N (%)	Visita dom. após óbito* N
		N (%)	N (%)		
Macrorregião:	2016	201.253 (97,00)	6.311 (3,00)	207.564 (100,0)	37
Minas Gerais	2017	193.560 (96,90)	6.127 (3,10)	199.687 (100,0)	266
	2018	250.858 (97,50)	6.392 (2,50)	257.250 (100,0)	588
Total	2016-2018	645.671 (97,20)	18.830 (2,80)	664.501 (100,0)	891
Mesorregião:	2016	22.318 (97,90)	482 (2,10)	22.800 (100,0)	5
Norte de MG	2017	20.851 (96,60)	729 (3,40)	21.580 (100,0)	40
	2018	29.851 (95,10)	1.523 (4,90)	31.374 (100,0)	85
Total	2016-2018	73.020 (96,40)	2.734 (3,60)	75.754 (100,0)	130
Microrregião:	2016	14.672 (98,90)	169 (1,10)	14.841 (100,0)	0
Montes Claros	2017	12.085 (96,70)	407 (3,30)	124.492 (100,0)	15
	2018	13.312 (95,60)	613 (4,40)	13.925 (100,0)	26
Total	2016-2018	40.069 (97,10)	1.189 (2,90)	41.258 (100,0)	41

Fonte: SISAB, 2016-2018.

N = número.

*Visita domiciliar após óbito.



Entre 2016 a 2018, em Minas Gerais, a modalidade AD2 correspondeu a 88,60% do total de atendimentos no estado, a 92,70% dos atendimentos no norte mineiro e a 98,10% dos atendimentos em Montes Claros. As modalidades AD1 e AD3 apresentaram percentual igual de

atendimentos em Montes Claros (0,90%). Quanto à descrição do tipo de modalidade de AD, observou-se ausência de registros no SISAB em 894 atendimentos no estado de MG, 130 no norte de Minas e 41 em Montes Claros (tabela 3).

Tabela 3 - Descrição do número de atendimentos domiciliares nas modalidades AD1, AD2 e AD3, Minas Gerais, Brasil, 2016 a 2018.

Unidade geográfica	Ano	AD1	AD2	AD3	AD não informado	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Macrorregião:	2016	15.403	181.975	10.186	40	207.604
Minas Gerais		(7,42)	(87,65)	(4,91)	(0,02)	(100,0)
	2017	12.989	178.293	8.405	266	199.953
		(6,50)	(89,20)	(4,20)	(0,10)	(100,0)
	2018	14.108	229.194	13.948	588	257.838
		(5,50)	(88,90)	(5,40)	(0,20)	(100,0)
Total	2016-2018	42.500	589.462	32.539	894	665.395
		(6,40)	(88,60)	(4,90)	(0,10)	(100,0)
Mesorregião:	2016	1.293	20.909	598	5	22.805
Norte de MG		(5,70)	(91,68)	(2,60)	(0,02)	(100,0)
	2017	916	20.132	532	40	21.620
		(4,20)	(93,10)	(2,50)	(0,20)	(100,0)
	2018	985	29.334	1.055	85	31.459
		(3,13)	(93,20)	(3,40)	(0,27)	(100,0)
Total	2016-2018	3.194	70.375	2.185	130 (0,20)	75.884
		(4,20)	(92,70)	(2,90)		(100,0)
Microrregião:	2016	72	14.516	253	0	14.841
Montes Claros		(0,50)	(97,80)	(1,70)	(0,00)	(100,0)
	2017	231	12.148	113	15	12.507
		(1,90)	(97,10)	(0,90)	(0,10)	(100,0)
	2018	51	13.859	15	26	13.951
		(0,40)	(99,30)	(0,10)	(0,20)	(100,0)



ARTIGO ORIGINAL

Total	2016-2018	354	40.523	381	41	41.299
		(0,90)	(98,10)	(0,90)	(0,10)	(100,0)

Fonte: SISAB, 2016-2018.

AD = atenção domiciliar; N = número.

No que concerne ao desfecho clínico, a maioria dos registros foi para permanência dos pacientes na atenção domiciliar, com índices de 88,24% dos atendimentos em Minas Gerais, 97,51% no norte do estado e 98,97% em Montes Claros (tabela 4).

O encaminhamento de pacientes da Atenção Básica para o AD ocorreu em 0,18% dos atendimentos em Montes Claros. Pacientes com desfecho clínico urgência/emergência correspondeu a 0,05% dos atendimentos, tanto no norte de Minas Gerais, como em Montes Claros.

A internação hospitalar foi um desfecho registrado para 0,09% dos atendimentos em Montes Claros, 0,12% no norte do estado e 0,33% em Minas Gerais. Por outro lado, o óbito foi contabilizado em 0,52% dos atendimentos no prisma macrorregional, 0,49% no mesorregional e 0,45% no microrregional.

Tabela 4 – Descrição dos atendimentos domiciliares por desfecho clínico, Minas Gerais, Brasil, 2016 a 2018.

Unidade regional	Ano	Permanência N (%)	Encaminhamento AB N (%)	Urgência/ emergência N (%)	Internação hospitalar N (%)	Alta admin. /clínica* N (%)	Óbito N (%)	Total N (%)
Macrorregião:	2016	186.451 (90,78)	12.156 (5,92)	418 (0,21)	659 (0,32)	4.786 (2,33)	912 (0,44)	205.382 (100,0)
MG	2017	173.701 (86,87)	17.382 (8,69)	789 (0,39)	647 (0,33)	6.379 (3,19)	1.055 (0,53)	199.953 (100,0)
	2018	225.022 (87,27)	20.518 (7,96)	920 (0,36)	895 (0,35)	8.994 (3,48)	1.485 (0,58)	257.834 (100,0)
Total	2016-2018	585.174 (88,24)	50.056 (7,55)	2.127 (0,32)	2.201 (0,33)	20.159 (3,04)	3.452 (0,52)	663.169 (100,0)
Mesorregião:	2016	22.347 (97,98)	331 (1,45)	15 (0,07)	22 (0,10)	34 (0,15)	56 (0,25)	22.805 (100,0)
norte MG	2017	21.325 (98,64)	35 (0,16)	8 (0,04)	21 (0,10)	104 (0,48)	127 (0,58)	21.620 (100,0)
	2018	30.320 (96,38)	701 (2,23)	14 (0,05)	45 (0,14)	188 (0,60)	191 (0,60)	31.459 (100,0)
Total	2016-2018	73.992 (97,51)	1.067 (1,41)	37 (0,05)	88 (0,12)	326 (0,42)	374 (0,49)	75.884 (100,0)
Microrregião:	2016	14.770 (99,52)	23 (0,15)	9 (0,06)	0 (0,00)	11 (0,08)	28 (0,19)	14.841 (100,0)
Montes Claros	2017	12.333 (98,60)	31 (0,25)	6 (0,05)	18 (0,14)	42 (0,34)	77 (0,62)	12.507 (100,0)
	2018	13.770 (98,70)	21 (0,16)	6 (0,04)	17 (0,12)	54 (0,39)	83 (0,59)	13.951 (100,0)
Total	2016-2018	40.873 (98,97)	75 (0,18)	21 (0,05)	35 (0,09)	107 (0,26)	188 (0,45)	41.299 (100,0)

Fonte: SISAB, 2016-2018.

N = número.

*Alta administrativa/clinica.



DISCUSSÃO

Os resultados traçam um panorama da atenção domiciliar no estado de Minas Gerais, Brasil, com detalhamento para o norte do estado e para o município polo dessa região, Montes Claros. No triênio 2016-2018, mais de 665.000 atendimentos domiciliares foram registrados na rede SUS, em todo o estado de Minas Gerais, com maior número de AD em mulheres, tanto na perspectiva macro, quanto mesorregional. Nesse aspecto, Montes Claros apresenta resultados distintos, com maior registro para atendimentos a homens, correspondendo a 59,9% do total de atendimentos a homens na região norte do estado.

Em consonância com os dados referentes a Montes Claros (MG), um estudo quase experimental desenvolvido na cidade de Santa Maria (RS), Brasil, ao realizar avaliação da capacidade funcional de pacientes pós alta hospitalar admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar de um hospital universitário, registrou uma maior participação masculina em atendimentos domiciliares⁽¹⁴⁾.

No período avaliado, observa-se que os atendimentos programados foram, significativamente, majoritários em todas as unidades geográficas estudadas e os atendimentos não programados foram registrados em 2,8% dos atendimentos no estado. Vale ressaltar que o atendimento programado no em Montes Claros representou

mais da metade do total efetuado no norte de Minas Gerais, o que demonstra a relevância da rede SUS no município, considerado cidade polo da região norte mineira.

A dominância dos atendimentos programados corresponde aos objetivos a que incidem a prática da AD, pois a programação para a continuidade de tratamentos efetivados pela prática ambulatorial em domicílio é fator regulador nos resultados obtidos sobre o cuidado em saúde. A programação garante as visitas nos dias e horários precisos em que o paciente e cuidadores se encontram em casa e que, por conseguinte, garante o cumprimento da programação completa das equipes de saúde^(9,15).

Em outro ponto ainda é possível expor que a forma global de organização e planejamento da AD possibilita utilizar os melhores parâmetros de atendimento e avançar nos cuidados e nas necessidades individuais dos pacientes⁽¹⁶⁾. Sendo, portanto, importante organizar e planejar as ações no âmbito da AD⁽¹⁷⁾.

A visita domiciliar após o óbito do paciente aumentou linearmente de 2016 a 2018. Esse resultado sugere uma maior importância atribuída pela equipe em relação a essa modalidade de visita com o passar dos anos. A continuidade da assistência, no que tange à longitudinalidade, princípio básico da Atenção Primária à Saúde, estabelece vínculos afetivos com os pacientes e familiares.



ARTIGO ORIGINAL

Os laços criados, de forma afetiva, são apontados como pontos importantes para estabelecer confiança entre usuários e profissionais de saúde. Permite constituir um processo cooperativo, compreendido como processo humanizado de atendimento^(9,17). A afetividade nos cuidados na AD representa um potencial terapêutico, ao suprir carências e proporcionar bem-estar completo ao paciente^(18,20).

No âmbito da saúde pública, estabelece-se a relação de longitudinalidade, entendida pelo acompanhamento de um paciente por um mesmo profissional, com caráter de relação pessoal⁽²¹⁾. O estabelecimento de relações afetivas pode ser considerado uma ferramenta importante nos atendimentos promovidos na AD^(18,20).

As diferentes modalidades AD1, AD2 e AD3, representam níveis diferentes de atenção à saúde conforme demanda de atributos de tecnologia e complexidade da situação de saúde dos pacientes⁽¹¹⁾. A AD1 destina-se a pacientes que possuem quadros de saúde mais controlados, de menor complexidade, mas que estejam impossibilitados fisicamente de deslocar até uma unidade de saúde. Essa modalidade é de responsabilidade das equipes vinculadas à Atenção Primária à Saúde^(9,11,16).

Por outro prisma, a AD2 e AD3 compõem as modalidades de atendimento do 'Melhor em Casa'⁽¹⁰⁾, direcionado a pacientes com maiores necessidades cuidados, para

além da capacidade da rede básica. A modalidade AD2 trabalha com pacientes que apresentam uma condição de saúde com requisitos de uma maior frequência de cuidados e recursos e, que estejam impossibilitados de deslocar até a unidade de saúde⁽⁹⁾. Esses pacientes são, comumente, atendidos por equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD)⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Alternadamente, a AD3 é para aqueles que necessitam de terapias e equipamentos específicos, de maior complexidade e, comumente, não receberão alta da atenção domiciliar. Nessa categoria, pode-se destacar a necessidade de ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e oxigenoterapia^(12,16). A assistência na modalidade AD3 é de responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Neste estudo, a modalidade AD2 apresentou registros acima de 88,5% de atendimentos durante todo o triênio e regiões avaliadas. Para mais, o percentual de AD2 em Montes Claros sobre o total da mesma modalidade na mesorregião alcançou índices acima de 57%, o que reforça a significância da rede SUS no município em questão e para o norte de MG.

Um estudo de análise documental sobre a consolidação do uso de serviços do SUS em território nacional é congruente com os registros, ao apontar que os atendimentos por AD2 se concentram nas regiões Nordeste e



ARTIGO ORIGINAL

Sudeste⁽¹⁾. Nessa direção, o estado de Minas Gerais contribui para essa sobreposição expressiva de AD2, conforme constatação do presente estudo. Salienta-se que pacientes assistidos na modalidade AD2, em casos de melhorias ou controle da situação de saúde, receberá encaminhamento para a atenção primária, enquanto na AD3, a permanência se apresenta de forma contínua de acordo com a abordagem clínica necessária⁽⁹⁻¹²⁾.

No atendimento domiciliar reforça-se a aplicabilidade multidisciplinar das equipes em domicílio, com atuação na prevenção de complicações. Nos cuidados domiciliares utilizam-se medidas de reabilitação simplificadas e atreladas à realidade do ambiente doméstico, com corresponsabilidade e atuação do indivíduo em seus próprios cuidados⁽²²⁻²³⁾.

O desfecho “permanência do paciente no serviço” foi o mais registrado em todas as regiões geográficas, micro, meso e macrorregião. Os registros para ‘urgência/emergência e óbito’ do município representam mais de 50% do total dos registros para esses mesmos desfechos na mesorregião. Esse resultado é considerado à luz que o município detém a maior parte de atendimentos domiciliares do norte de MG, sendo esperado mais registros de urgência/emergência, assim como óbitos. No entanto, ressalta-se que o óbito foi registrado para menos de 1% para o total de registros nas unidades geográficas e anos investigados.

Resultado considerado positivo, o que sugere que a AD, potencialmente, tenha contribuído na melhora do quadro de saúde e, portanto, na expectativa de vida dos pacientes.

No atual estudo, os registros de internação hospitalar no município se mantiveram menor que 50% em relação à mesorregião, diferentemente do observado para os desfechos urgência/emergência e óbitos. A AD carrega, desde sua implantação, essa perspectiva de redução e até substituição da internação hospitalar pela assistência de saúde em domicílio. Esse método de cuidado em saúde descongestiona o sistema hospitalar e apresenta traços de economia⁽¹⁰⁾, tais como insumos, manutenção estrutural e serviços de terceiros^(11-13,24).

Os registros de alta clínica/administrativa no município se referem a 32,8% dos atendimentos da região norte do estado. Resultado consoante com a alta frequência de registros para permanência na AD e a baixa frequência para encaminhamentos para atenção básica. Por outro lado, a permanência de pacientes nos serviços de AD e o não encaminhamento para a atenção básica do SUS pode ser explicada pelo maior número de atendimentos em AD2 e AD3, portanto, pacientes em situações com mais complexidade de cuidado⁽⁴⁻⁵⁾. Os pacientes em AD são apenas encaminhados para a atenção básica após a estabilidade do quadro^(9,10,19).

ARTIGO ORIGINAL

Como limitações do estudo, destaca-se que a pesquisa foi conduzida a partir de registros disponibilizados no sistema do Ministério da Saúde, que contém informações de parte dos municípios do estado e da região norte de MG. Portanto, os resultados encontrados não representam a totalidade de Minas Gerais, assim como do norte do estado. A falta de registros de atendimentos domiciliares para alguns municípios é um achado importante, sendo necessário ser investigado, pois levanta-se hipóteses que alguns municípios não estão no sistema em decorrência da não disponibilidade do serviço de AD ou por falta de alimentação dos dados no sistema ministerial. A despeito da limitação inerente ao banco de dados, enfatiza-se a importância deste estudo, por explorar os municípios de MG que apresentavam dados disponíveis no sistema oficial brasileiro e por descrever um panorama da AD – uma relevante estratégia de promoção e reabilitação da saúde -, até então não investigado, desde a perspectiva do estado ao município polo do norte de Minas Gerais.

CONCLUSÕES

De modo majoritário, os atendimentos domiciliares no estado e no norte de Minas Gerais foi realizado em mulheres, diferentemente de Montes Claros, com mais registros em homens. A alta frequência de

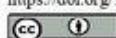
atendimentos programados nas três perspectivas de investigação, micro, meso e macrorregional, sugere planejamento das ações pela equipe de saúde, com mais atendimentos para AD2. A visita domiciliar pós-óbito do paciente foi incorporada ao modelo AD, com aumento de registros ao longo do triênio, o que alivia vínculo afetivo entre profissionais, pacientes e familiares; favorecido pela permanência de pacientes em AD, de modo longitudinal. Os baixos registros de óbitos nas três unidades regionais estudadas, destacam a relevância da AD nos cuidados em saúde.

Em Montes Claros, os registros de 'permanência' no serviço, urgência/emergência e óbito somaram mais da metade dos registros do norte de Minas. Considera-se importante implantar estratégias que possam melhorar os indicadores de saúde coletiva na APS do município, como prevenção de doenças e agravamentos, que demandam AD por longo prazo e baixos registros para alta clínica/administrativa e encaminhamentos para atenção básica.

Fomento e Agradecimento: Não houve instituição de fomento.

REFERÊNCIAS

1. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2020; 25(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.



ARTIGO ORIGINAL

2. Iwata H, Matsushima M, Watanabe T, Sugiyama Y, Yokobayashi K, Filho D et al. The need for home carephysicians in Japan - 2020 to 2060. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1):752. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>.
3. Barra DCC, Gapski GB, Paese F, Sasso GTMD, Sousa PAF, Alvarez AG et al. Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. *Rer Bras Enfem.* 2021; 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>.
4. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAP, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.
5. Xavier GTO, Nascimento VB, Junior NC. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2019; 22(2):e180151. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.
6. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RQ, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate.* 2019; 43(121). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
7. Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hombake R et al. The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Manag Pract.* 2016; 28(4):262-278. <https://doi.org/10.1177/1084822316666368>.
8. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services. *Nurs Open.* 2021; 8(2):755-765. <https://doi.org/10.1002/nop2.678>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. 25 abr 2016.
10. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2018; 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
11. Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MNS. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul. Enferm.* 2019; 32(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087>.
12. Sobotka SA, Dholakia A, Berry JG, Brenner M, Graham RJ, Goodman DM et al. Home nursing for children with home mechanical ventilation in the United States: Key informant perspectives. *Pediatr Pulmonol.* 2020; 55(12):3465-3476. <https://doi.org/10.1002/ppul.25078>.
13. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transition al care for stroke survivors and care givers: A systematic review. *J ClinNurs.* 2021; 30(19-20):2786-2807. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>.
14. Cerezer LG, Lampert MA, Barberena LS, Brondani CM, Rizzato SJS. Avaliação da (Evaluación de la) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar. *Saúde e Ciência.* 2017; 22(6):525-531. <http://dx.doi.org/10.21840/sic/150394>.
15. Silva KLD, Braga PP, Silva AE, Lopes LFL, Souza TM. Discourses on technologies in home care: contributions between innovating, inventing, and investing. *Rev Gaucha Enferm.* 2022 May 23;43:e20200491.



ARTIGO ORIGINAL

- English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20200491.
16. 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*. 2016; 11(38). [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).
17. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-basedend-of-lifecare. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2021; 3(CD009231). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231>.
18. Bento MCSSC, Silva AP. Cuidados omissos em contexto de cuidados domiciliários: Razões na perspetiva dos enfermeiros. *Rev Enf Ref*. 2022; 6(1): e21005. <https://doi.org/10.12707/rv21005>.
19. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde em Debate*. 2019; 43(120). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
20. Mccreary DDJ. Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses. *Nurs Clin North Am*. 2020; 55(1):121-132. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.11.002>.
21. Alves CDR, Andrade MC, Santos CLDS. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. *Saúde em Debate*. 2016; 40(111). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611121>.
22. Levine DM, Pian J, Mahendrakumar K, Patel A, Saenz A, Schnipper J. Hospital-Level Careat Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2020; 172(2):77-85. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06416-7>.
23. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010-2020. *J AmGeriatr Soc*. 2021; 69(10):2963-2972. <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>.
24. Abe K, Kawachi I, Watanabe T, Tamiya N. Association of the Frequency of In-Home Care Services Utilization and the Probability of In-Home Death. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(11): e2132787.



ANEXO B — Capítulo de livro: Atenção domiciliar na saúde pública.



AÇÕES, PROCESSOS E PESQUISAS
ORIENTADAS EM

Ciências da Saúde

2



Jaisa Klauss - Instituto de Ensino Superior e Formação Avançada de Vitória
 Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba
 João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
 Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
 Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
 Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
 Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes
 Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
 Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
 Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
 Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
 Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A185 Ações, processos e pesquisas orientadas em ciências da saúde [livro eletrônico] : volume 2 / Organizadores Glaucio Martins da Silva Bandeira... [et al.]. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
 Modo de acesso: World Wide Web
 Inclui bibliografia
 ISBN 978-65-5364-126-6

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. I. Bandeira, Glaucio Martins da Silva. II. Moraes, Inaldo Kley do Nascimento. III. Mello, Roger Goulart.

CDD 610

Elaborado por Mauricio Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar
 Rio de Janeiro, Brasil
 contato@editorapublicar.com.br
 www.editorapublicar.com.br



2022

DOI 10.47402/ed.ep.c202223449266

CAPÍTULO 9

ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE PÚBLICA¹

Cristiane Vieira da Silva
 Sirlaine de Pinho
 Ely Carlos Pereira de Jesus
 Márcia Mendes Menezes
 Carlos Alberto Quintão Rodrigues
 Luciana Colares Maia
 Orlene Veloso Dias
 Simone de Melo Costa

RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira. Este capítulo tem como objetivo revisar a literatura acerca da atenção domiciliar no âmbito do serviço público brasileiro. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na modalidade narrativa. Foi efetuada a revisão de literatura com base em artigos científicos e em legislações pertinentes à temática atenção domiciliar. No Brasil, a atenção domiciliar caracteriza-se um modelo de assistência à saúde, em domicílios, destinado a acolher as demandas provenientes de mudanças no processo saúde-doença, como envelhecimento populacional e maiores indicadores de doenças crônicas. Por ser uma extensão do hospital, a atenção domiciliar possibilita diminuir a permanência dos pacientes em hospitais e custos assistenciais em saúde. O respectivo modelo de atenção se fortaleceu na proposição do Programa Melhor em Casa, que oferta diferentes modalidades de assistência, conforme a demanda de saúde dos pacientes. Um conjunto de ações são propostas na atenção domiciliar: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Dessa forma, garante-se continuar o cuidado necessário ao paciente, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção domiciliar. Saúde Pública. Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro surgiu de um movimento de Reforma Sanitária, ocorrido em 1986 e marcado pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Por conseguinte, foi incluído na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, como componente de Seguridade Social (CAMPOS, 2008). Ademais, a implementação se deu a partir

¹ Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes.



da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que regulamentou todas as ações e serviços de saúde, executados no território brasileiro (BRASIL, 1990).

De fato, nessa época a ascensão da saúde pública se fez urgente justamente pelo rápido aumento epidemiológico das doenças Crônicas, e pelo fato de que não havendo essa descentralização instaurava-se, antes disso, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda (MENDES, 2018). Reconheceu-se, pois, a necessidade de estabelecer novos processos organizacionais, de gestão e atenção à saúde no SUS, “baseados em evidências científicas, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam efetivos e eficientes” (BRASIL, 2012).

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

Este capítulo tem como objetivo revisar a literatura acerca da atenção domiciliar no âmbito do serviço público brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na modalidade narrativa. Foi efetuada a revisão de literatura com base em artigos científicos e em legislações pertinentes à temática atenção domiciliar, com destaque para apresentação da Portaria ministerial que instituiu o Programa Melhor em Casa, no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) originaram-se da ideia estabelecida na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a primeira Guerra Mundial (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Desde então o modelo de RAS vem sendo implantado em países como a Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. No Brasil, apesar de recente implantação, já é possível apontar avanços nos debates e experiências relativas ao modelo de atenção, na legislação e na prática brasileira, como por exemplo, nos estados como Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar brasileira é vista como uma alternativa para acolher as demandas que surgem dessas mudanças no processo saúde-doença decorrentes, particularmente, do



envelhecimento populacional, como uma alternativa para ofertar cuidados à saúde em longo prazo, aos doentes crônicos (OMS) (OLIVEIRA *et al.*, 2015, VERAS *et al.*, 2018).

Sendo assim, a atenção domiciliar surge com o objetivo de proporcionar a extensão do hospital, com base no modelo já utilizado no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos) desde 1947 como forma de diminuir o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais e, com isso, reduzir os custos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Em todo o mundo, porém, existem modelos de programas voltados à atenção domiciliar, quase que na sua maioria estão relacionados com a oferta de cuidados paliativos, contudo, em algumas situações, a escolha pelo atendimento domiciliar não ocorreu por parte dos familiares, mas sim pelo desejo do próprio doente ou impossibilidade de acesso a outras formas de cuidado que hoje são em sua maioria de custos elevados (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que no Brasil, esse serviço se fortaleceu quando o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, organizou o Programa Melhor em Casa, que estabeleceu diferentes modalidades de atendimento, dependendo da caracterização do paciente, do tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado (BRASIL, 2013).

O Quadro 2 apresenta a referida Portaria conforme capítulos e os respectivos títulos e conteúdo.

Quadro 2: Conteúdo da Portaria que instituiu o Programa Melhor em Casa conforme capítulos.

Capítulo	Título	Conteúdo
I	DISPOSIÇÕES GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> -Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). -Define termos: Atenção Domiciliar; Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); e Cuidador. -Descreve o objetivo da Atenção Domiciliar e informa que ela é um dos componentes da Rede de Atenção à Saúde. -Apresenta as diretrizes da Atenção Domiciliar.
II	DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR Seções I e II	<p>Seção I</p> <p>Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descreve os requisitos para que os Municípios tenham SAD. -Dispõe sobre as equipes de trabalho. Informa as categorias profissionais de saúde que devem ter na composição mínima das equipes de atenção:



	<p>médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e/ou assistente social, e auxiliares. Como, também, as cargas horárias mínimas para os profissionais, que não pode ser menor que 20 horas semanais.</p> <p>-Descreve sobre a composição de um serviço de atenção domiciliar conforme tamanho populacional dos municípios e população adstritapara cada equipe.</p> <p>-Informa sobre a admissão do usuário ao serviço, exigência de concordância de seu familiar ou, na inexistência de familiar, docuidador, pela assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido.</p> <p>-Garantia de cuidado à saúde nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde.</p> <p>Seção II</p> <p>Das Modalidades de Atenção Domiciliar</p> <p>-Classificamodalidades de atenção domiciliar em AD1, AD2, AD3, conforme complexidade e características do quadro de saúde do usuário, bem como frequência de atendimento necessário.</p> <p>-Descreve as atribuições das equipes responsáveis pela assistência.</p> <p>-Define o perfil dos usuários dos serviços para cada modalidade de atenção domiciliar.</p> <p>-Informa que a prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.</p> <p>-Informa que nas modalidades AD2 e AD3 “será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências”.</p> <p>-Descreve itens necessários para inclusão na modalidade AD3, por exemplo, necessidade do uso de equipamentos/procedimentos de Suporte Ventilatório não invasivo.</p> <p>-Informa critérios de exclusão para assistência na atenção domiciliar.</p>
--	---



III	DA HABILITAÇÃO DO SAD	<p>-Informa que o gestor de saúde seria o responsável em enviar ao Ministério da Saúde o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências. O proponente poderá ser a Secretaria Estadual de Saúde, desde que pactuado com o gestor municipal de saúde.</p> <p>-Descreve possibilidade de Municípios se agruparem para atingir população de, pelo menos, 20.000 (vinte mil) habitantes, para o cumprimento do requisito de ter um SAD, por celebração de convênio.</p>
IV	DO FINANCIAMENTO	<p>-Legisla incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do SAD, do Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, condicionado ao cumprimento dos requisitos constantes desta Portaria, que serão monitorados.</p>
V	DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	<p>-Informa que essa Portaria não altera normas relativas aos serviços especializados e/ou centros de referência no SUS.</p> <p>- Revoga: Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 44; e a Portaria nº 1.533/GM/MS, de 16 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.</p>

Fonte: dados extraídos da Portaria nº 963 (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Reitera-se que seu objetivo principal é contribuir com a desospitalização, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) essa estratégia permite que os usuários internados continuem o tratamento em casa abreviando o tempo da internação e, por conseguinte, favorecendo a otimização de recursos.

Portanto, a atenção domiciliar se propõe a reorganizar o processo de trabalho das equipes de profissionais de saúde, que prestam cuidados na atenção básica, nos serviços de urgência e de emergência e nas unidades hospitalares, com fins de reduzir a demanda por atendimento no ambiente hospitalar e/ou reduzir a permanência de internação. Para mais, oportuniza também, a humanização da atenção em saúde, a desinstitucionalização hospitalar e a ampliação da autonomia dos pacientes (BRASIL, 2013).

Consequentemente tem-se que um dos preditores de permanência inapropriada dos usuários no hospital é a disponibilidade ou não de serviço de atenção domiciliar (PANIS *et al.*, 2003). Contudo, esse Programa está repleto de fragilidades, em alguns casos, por exemplo, os

Editora e-Publicar – Ações, processos e pesquisas orientadas em ciências da saúde, Volume 2.



familiares se sentem frustrados quando o paciente é liberado do hospital antes de estar curado, uma vez que relacionam a alta hospitalar à cura (OLIVEIRA *et al.*, 2015); noutros casos o recurso ainda é escasso para dar a devida assistência à saúde desse paciente, além disso, reitera-se a fragilidade na comunicação que pode afetar as relações entre equipe-paciente-família (SOUZA *et al.*, 2014).

Ainda, a estrutura do domicílio para a realização da atenção domiciliar condicionada pela falta de saneamento e carência da família dos pacientes, também são apontados como dificuldade no desenvolvimento desse tipo de programa, já que estes já optam pelo atendimento do SUS, justamente pela carência de recursos (INGLETON *et al.*, 2009).

A falta de adequação do espaço físico nas residências também pode ser um empecilho, justamente, porque esses pacientes muitas vezes precisam de espaços com acessibilidades e adaptados às suas necessidades. A escassez de recursos financeiros torna-se também um grave problema, por vários motivos, mas destaca-se que esses pacientes, muitas vezes, necessitam de equipamentos e medicamento que nem sempre são de acesso fácil ou mesmo gratuito (FIGUEIREDO; TURATO, 2001).

Salienta-se, que a estruturação da atenção domiciliar deve seguir determinadas diretrizes, tais como: - ser organizada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, com ordenação da atenção básica, quanto ao cuidado e ação territorial; - ser incorporada ao sistema de regulação e articular aos outros pontos de atenção e com os serviços de retaguarda; - ser organizada conforme os princípios de ampliar acesso, acolher, buscar a equidade, a humanização e a integralidade da atenção; - compor as linhas de cuidado por introdução de práticas clínicas de cuidado às necessidades do paciente, com redução da fragmentação da atenção; - incorporar o modelo de assistência centrado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e -incentivar a participação de profissionais, do paciente e de seus familiares e seus cuidadores (BRASIL, 2013).

Por conseguinte, a partir dessa proposta de estruturação, a Atenção Domiciliar faz parte da Rede de Atenção às Urgências e conta com articulação e integração aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde. Considera-se essa modalidade de atenção uma incorporação tecnológica, seja de caráter substitutivo ou complementar, à intervenção hospitalar. Caracteriza-se ainda como de baixa e média complexidade. Igualmente, dá seguimento aos cuidados iniciados nos setores de Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementa a assistência proposta na Atenção Básica (BRASIL, 2013).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a atenção domiciliar caracteriza-se como modelo de assistência à saúde, em domicílios, destinado a acolher as demandas provenientes de mudanças no processo saúde-doença, como o envelhecimento populacional e os maiores indicadores de doenças crônicas. Por ser uma extensão do hospital, a atenção domiciliar possibilita diminuir a permanência dos pacientes internados nas enfermarias e reduzir os custos assistenciais em saúde.

O respectivo modelo de atenção se fortaleceu na proposição do Programa Melhor em Casa, que oferta diferentes modalidades de assistência, conforme a demanda de saúde dos pacientes. Um conjunto de ações são propostas na atenção domiciliar: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Dessa forma, garante-se continuar o cuidado necessário ao paciente, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: 1990.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, p. 347-368, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2013.
- FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, p. 180-188, 2008.
- FIGUEIREDO, R. M.; TURATO, E. R. Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 22, n. 6, p. 633-643, 2001.
- INGLETON, C. *et al.* Barriers to achieving care at home at the end of life: transferring patients between care settings using patient transport services. **Palliative Medicine**, v. 23, n. 8, p. 723-730, 2009.
- MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.** v. 23, p. 431-436, 2018.
- MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London,



1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em 05 de julho de 2022.

OLIVERA, S. *G. et al.* Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. **Enfermería Global**, v. 14, n. 3, p. 360-389, 2015.

PANIS, L. J. G. *G. et al.* Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 1, p. 57-66, 2003.

SOUZA, I. C. *C. et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-180, 2014.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: A construção de um modelo de cuidado. **Clênc. saúde colet.** v.23, n.6, p.1929-1936, 2018.

ANEXO C — Resumos expandidos publicados e apresentados em evento científico.

1. Resumo expandido: Atenção domiciliar e cuidados paliativos na terminalidade da vida.



AUTOR(ES): ANA BEATRIZ MARTINS LOPES, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, LUCIANA COLARES MAIA, BÁRBARA MENDES DE JESUS, GABRIELA PEREIRA DIAS, ORLENE VELOSO DIAS e SIMONE DE MELO COSTA.

ATENÇÃO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE DA VIDA

Introdução

Nas últimas décadas, como reflexo dos avanços tecnológicos concomitante com o avanço da medicina, ocorreram mudanças no padrão de adoecimento populacional. Evidenciado pela redução da prevalência de doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônico-degenerativas, com consequente alongamento da expectativa de vida e crescimento da parcela senescente da população (CHAVES et al., 2021).

Como reflexo, emerge um cuidado especializado ao sofrimento decorrente das doenças crônicas, bem como o resgate à naturalidade da finitude da vida. Nesse contexto se encontram os cuidados paliativos, que são compreendidos como uma abordagem que busca a melhora da qualidade biopsicosocial, tanto dos pacientes quanto de suas famílias, durante o enfrentamento de problemas associados às doenças que ameaçam a vida. Os cuidados paliativos têm como finalidade prevenir, aliviar e intervir em diferentes domínios do sofrimento humano por meio de uma equipe multidisciplinar (HOFFMANN; SANTOS; CARVALHO, 2021).

Diante do exposto, declarar o estado terminal de um paciente é admitir a iminência da morte e a ausência de terapia modificadora da doença com fim curativo, sendo necessário oferecer ao paciente e à sua família todas as medidas adequadas possíveis, tornando imprescindível a análise da abordagem direcionada ao paciente terminal (CECCONELLO; ERBS; GEISLER, 2022). Nesse contexto, este estudo se insere na pesquisa e teve por objetivo revisar a produção científica com levantamento bibliométrico de publicações acerca da atenção domiciliar e cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura, com bibliometria das referências sobre o tema atenção domiciliar e cuidados paliativos. Os dados são de domínio público, portanto sem necessidade de apreciação ética do protocolo de pesquisa junto ao Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos. A busca eletrônica foi realizada no período de março a maio de 2023. Para embasar o levantamento dos dados foi utilizado como assunto principal os cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Foram seguidas as seguintes etapas para obtenção dos resultados: identificação da temática da pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização e avaliação dos estudos; extração e interpretação dos resultados e, síntese do conhecimento.

Utilizou-se a base de dados do Portal Regional da Biblioteca em Saúde - BVS. A busca dos estudos envolveu o cruzamento dos seguintes descritores: "Atenção Domiciliar" e "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida". Foram encontradas 1.807 referências, após a aplicação do filtro texto completo foram obtidas 860 referências, ao aplicar o filtro para o assunto principal foram obtidas 414 referências. Ao adotar o filtro do limite temporal de publicação entre 2018-2023, demonstraram-se disponíveis 142 referências, e por último a delimitação do idioma português resultaram em 15 referências. O detalhe final da pesquisa na BVS foi: atenção domiciliar AND cuidados paliativos na terminalidade da vida AND (fulltext:(“1” OR “1”) AND mj:(“Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida”) AND la:(“pt”)).

A partir das quinze referências, realizou-se a seleção do material para compor a parte dos resultados e discussão deste estudo, por meio da análise de resumos e títulos, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: tratar da temática proposta e estar no formato de artigo científico. Os critérios de exclusão foram: duplicidade nas diferentes bases de dados e não estar disponível na íntegra. Após a análise do material, foram incluídas cinco referências no presente estudo, por estarem relacionadas ao tema e disponíveis na íntegra. A seleção final foi quantificada quanto ao idioma de publicação, base de dados de indexação, ano da publicação, país de afiliação do estudo, desenho de estudo e revista de publicação, para compor a seção resultados e discussão deste trabalho.



Em adição às cinco referências selecionadas, pelos critérios de inclusão e de exclusão, para compor a pesquisa bibliográfica e o levantamento biométrico da literatura, foram acessadas três referências para uso na introdução do presente estudo, contextualizando o tema atenção domiciliar e cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Resultados e Discussão

Cinco estudos preencheram os critérios de elegibilidade estabelecidos no protocolo do estudo. No que diz respeito ao ano de publicação, a distribuição foi a seguinte: um arquivo associado a cada ano de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2023. Não foram obtidos resultados associados ao ano de 2022, conforme apresentado na Tab. 1.

Quanto ao idioma de publicação, quatro foram publicados somente na língua portuguesa ($n = 4$) e um com publicação tanto na língua portuguesa quanto na língua inglesa ($n = 1$). Os países de afiliação das pesquisas foram: Brasil ($n = 4$) e com afiliação tanto no Brasil quanto na França ($n = 1$). A predominância de afiliações ao Brasil pode ser associada, em parte, pelo critério de busca ter sido realizado apenas com descritores em português e filtro para o idioma português.

Verificou-se que a indexação se deu nas bases BDENF - Enfermagem ($n = 3$), BDENF – Enfermagem e LILACS ($n = 1$) e IBCES ($n = 1$). Todas as referências se constituem no formato de artigos científicos e foram veiculadas aos periódicos: Revista de Enfermagem UFPE ($n = 3$), Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental UNIRIO ($n = 1$) e Revista Cultura de los Cuidados ($n = 1$).

Quanto ao delineamento do estudo, identificou-se que: duas provém de estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa ($n = 2$); um deles do tipo relato de caso clínico ($n = 1$); uma pesquisa de campo ($n = 1$); e uma provém de um ensaio teórico ($n = 1$).

Sobre a atenção domiciliar e cuidados paliativos no fim da vida, é notória a liderança da Enfermagem, tanto nas produções nacionais como em estudos internacionais. Tal fato se relaciona em parte, com o direcionamento da atenção desses profissionais para as necessidades holísticas do paciente e sua família (DEON et al., 2018).

Em consonância com os princípios básicos dos cuidados paliativos, foi evidenciado nos estudos o cumprimento do direito básico de receber o controle da dor, o alívio do sofrimento, proporcionamento de conforto e a institucionalização da humanização como prioridade por parte da equipe multidisciplinar durante o cuidado, além de estabelecer o paciente com ativo e autônomo sobre sua condição de saúde-doença (DE ARAÚJO et al., 2022; MATOS JUNIOR et al., 2023).

Evidenciou-se ainda que o ambiente domiciliar desempenha um importante papel na humanização do cuidado oferecido aos pacientes terminais, por se constituir como ambiente acolhedor, individualizado e confortável. Além de evitar a hospitalização de pacientes com doenças crônicas, permite ainda que o paciente mantenha os hábitos de vida mais próximos do praticado anteriormente à condição de adoecimento. Ademais, os estudos enfatizaram a importância da implantação e formulação de políticas nacionais em cuidados paliativos que normatizam os cuidados paliativos em todos os âmbitos, inclusive na rede do Sistema Único de Saúde (FRANÇA et al., 2019; CORDEIRO; OLIVEIRA; KRUSE, 2020).

Considerações finais

A base de dados da enfermagem indexou a maioria dos estudos analisados, sugerindo interesse dos pesquisadores dessa área de formação na produção de conhecimento da temática atenção domiciliar e cuidados paliativos. Contudo, os profissionais de saúde, em equipe multiprofissional, devem atuar com humanização na atenção domiciliar e nos cuidados paliativos na terminalidade da vida. Nesse sentido, destaca-se a necessidade da formação de profissionais na área da saúde para atender esse perfil de cuidado, além do incentivo às políticas nacionais em cuidados paliativos no âmbito da atenção domiciliar e do Sistema Único de Saúde.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo apoio à pesquisa por meio do Programa de Iniciação Científica Voluntária - ICV (Edital PROINIC-Unimontes); e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pela bolsa concedida na iniciação científica na modalidade PIBIC-Af.

Referências



DE ARAÚJO, B.L. et al. CUIDADOS DE ENFERMAGEM E PALLATIVO DE UM JOVEM COM RABDOMIOSSARCOMA. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. [S.1], v. 15, n. 1, fev. 2021. ISSN 1981-3963.

CECCONELLO, L.; ERBS, E. G.; GEISLER, L. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *Revista Bioética*, v. 30, n. 2, p. 405-412, abr. 2022.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. *Revista Bioética*, v. 29, n. 3, p. 519-529, jul. 2021.

CORDEIRO, F.R.; OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. Cuidado al final de la vida a domicilio: consideraciones sobre Brasil y Francia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), v.24, n.57, 2020. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.12>

DEON, R.A. et al. Estratégias de cuidado familiar frente à terminalidade da vida. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. [S.1], v. 12, n. 7, p. 2039-2049, jul. 2018. ISSN 1981-8963.

FRANÇA, B.D. et al. Percepção dos pacientes sobre os cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. [S.1], v. 13, n. 5, p. 1485-1494, maio 2019. ISSN 1981-8963.

HOFFMANN, L. B.; SANTOS, A. B. B.; CARVALHO, R. T. Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. *Psicologia USP*, v. 32, p. e180037, 2021.

MATOS JÚNIOR, J. M. et al. Cuidados paliativos da enfermagem no cenário pandêmico conforme a teoria de final de vida pacífico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, Brasil, v. 15, p. e-12037, 2023. DOI: 10.9789/2175-5361/rpcfe.v15.12037.

Tabela 1. Ano de publicação das referências sobre atenção domiciliar e cuidados paliativos.

Ano	n	%
2018	1	20,0
2019	1	20,0
2020	1	20,0
2021	1	20,0
2022	0	0,0
2023	1	20,0
Total	5	100,0

2. Resumo expandido: Necessidade e demandas de serviços de saúde no âmbito da atenção domiciliar.



AUTOR(ES): Bárbara Mendes de Jesus , CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, ORLENE VELOSO DIAS, ANA BEATRIZ MARTINS LOPES, GABRIELA PEREIRA DIAS, LUCIANA COLARES MAIA e SIMONE DE MELO COSTA.

AUTOR(ES): Bárbara Mendes de Jesus , CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, ORLENE VELOSO DIAS, ANA BEATRIZ MARTINS LOPES, GABRIELA PEREIRA DIAS, LUCIANA COLARES MAIA e SIMONE DE MELO COSTA.

NECESSIDADES E DEMANDAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Introdução

A atenção domiciliar (AD) é uma alternativa positiva à internação hospitalar, diminuindo a superlotação dos leitos hospitalares e permitindo uma abordagem mais humanizada durante o tratamento (BRAGA *et al.*, 2016). Ela possibilita ao paciente receber cuidados em um ambiente habitual e familiar, existem dificuldades que permitem essa prática. Isso porque pacientes e seus cuidadores passam a vivenciar um contexto distinto, no qual as ações antes tidas como triviais se convertem ao campo do desconhecido, ao demandar uma adaptação no núcleo de convívio. Somado a isso, há uma deficiência na oferta de políticas públicas efetivas no atendimento domiciliar, perpassando desde a carência de recursos humanos aos insumos e orientações básicas para o cuidado diário (MARTINS *et al.*, 2014).

A modalidade de AD atua positivamente nos cuidados aos pacientes, mas, em contrapartida, medidas precisam ser implementadas a fim de suprir as dificuldades nesse contexto (LIMA *et al.*, 2013). O presente estudo se insere na pesquisa e tem como objetivo realizar uma revisão integrativa e bibliométrica da literatura sobre necessidades e demandas de serviços de saúde no âmbito da atenção domiciliar.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliométrica com revisão integrativa da literatura sobre as "necessidades e demandas de serviços de saúde no âmbito da atenção domiciliar". Os dados utilizados são de domínio público, portanto sem necessidade de passar pelo apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Para construção do trabalho, realizou-se a revisão de literatura integrativa e bibliométrica, a partir da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio dos Descritores em Ciências da Saúde: "Atenção domiciliar" e "Necessidades e demandas de serviços de saúde", identificando 4.043 referências. Após aplicação do filtro para texto disponível na íntegra, 1.262 referências se mantiveram. Deste total, 788 foram retiradas ao empregar o filtro equivalente ao assunto principal 'necessidades e demandas de serviços de saúde'. Por fim, foi adotado o filtro para referências disponibilizadas no idioma português, permanecendo 23. O detalhe da busca final foi: atenção domiciliar AND necessidades e demandas de serviços de saúde AND (fulltext:"1" OR "1" OR "1") AND mj:("Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde") AND la:("pt") .

A partir da análise dos títulos e resumos dos 23 artigos, foram excluídos aqueles que se apresentaram tangentes ao tema ou duplicados. Na sequência, foi realizada a leitura do texto completo dos 12 artigos incluídos e quantificou-se as referências de acordo com: publicações em outro idioma, além do português; ano de publicação; base de dados de indexação e, periódico de veiculação do artigo.

Resultados e Discussão

Dos artigos selecionados para compor este trabalho, apenas 8,4% foram disponibilizados em outro idioma, além do português. A indexação foi nas bases de dados *Lilacs* (33,3%), *Medline* (33,3%) e *BDENF* concomitantemente com *Lilacs* (33,3%). Os trabalhos foram veiculados por oito periódicos: *Ciência & Saúde Coletiva* (25,1%), *Ciência, Cuidado & Saúde* (16,7%), *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (16,7%), *Physis* (8,3%), *Cogitare Enfermagem*



(8,3%), *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (8,3%), *Revista de Saúde Pública* (8,3%) e *Revista Gaúcha de Enfermagem* (8,3%).

O ano de publicação dos artigos variou de 1993 a 2022, sendo três artigos de 2016 (25,0%), dois artigos de 2014 (16,6%) e 2017 (16,6%) e um artigo de 2022 (8,3%), 2019 (8,3%), 2013 (8,3%), 2006 (8,3%) e 1993 (8,3%), conforme apresentado na Tabela 1.

Revisão que analisou produções científicas acerca da atenção domiciliar no âmbito da oferta, demanda e necessidades, evidenciou que uma das principais motivações para o estabelecimento dos serviços de AD é a desospitalização e consequente liberação de leitos hospitalares. Na esfera social, isso reflete em um tratamento mais humanizado e agradável, no qual o ambiente domiciliar proporciona maior amparo e aconchego. Economicamente, favorece aos órgãos públicos na administração do fluxo hospitalar e manutenção da superlotação de leitos (BRAGA *et al.*, 2016).

No entanto, ainda que esse contexto seja favorável ao paciente, dificuldades em orientações e treinamentos apropriados aos cuidadores, ausência de assistência profissional constante, estrutura física inadequada e carência de insumos são tópicos amplamente discutidos como principais fatores associados ao declínio da qualidade de vida dos pacientes em atenção domiciliar (FERREIRA *et al.*, 2022; MARTINS *et al.*, 2014).

A literatura revela que os idosos são os pacientes mais inseridos na atenção domiciliar, sobretudo acima dos 80 anos e com algum comprometimento neurológico. Fato que aumenta, exponencialmente, a plena dependência do cuidador ao autocuidado (NEVES *et al.*, 2019). Análogo a isso, pesquisa que objetivou identificar as necessidades sentidas e normativas dos cuidadores familiares no apoio instrumental aos idosos em Atenção Domiciliar demonstrou que 97,4% dos casos demandam um apoio instrumental absoluto do cuidador e em atividades de higiene pessoal a frequência cai para 66,6%. Em contrapartida, 50% desses familiares/cuidadores relataram dificuldades para realizar tais ações, devido à necessidade sentida normativa (BIERHALS *et al.*, 2017).

Sob o mesmo ponto de vista, outro estudo que analisou as perspectivas dos usuários sobre os atendimentos de suas necessidades pelo serviço de Atenção Domiciliar, constatou que a AD enfrenta dificuldades que perpassam a recuperação da saúde e atingem a dimensão das necessidades naturais inerentes ao paciente (SILVA *et al.*, 2017). A relação de vulnerabilidade e dependência do paciente requer uma assistência multiprofissional que atue tanto na recuperação fisiológica como no equilíbrio psicoemocional. Da mesma forma, os cuidadores vivenciam um cotidiano propenso à sobrecarga emocional, reafirmado no conceito da impossibilidade de esgotamento da energia (PINTO; COUTINHO; COLLET, 2016).

Esse panorama é um resultado efetivo da associação de dois cenários antagônicos, que ilustram parte dos desafios da AD: a mudança na dinâmica familiar e a escassez em recursos humanos e materiais (DE FIGUEIREDO; ALVIM, 2016). A adesão ao modelo de cuidados domiciliares repercute em uma ruptura nos paradigmas pré-estabelecidos, de modo que a família passa a ocupar ambos os papéis, cuidador e familiar, o que excede a opção de escolha. Desse modo, alguns cuidadores se percebem em uma realidade de cuidado integral, porém sem capacitação adequada para desempenhar tal função, imersos na prática empírica (JORGE, 2014).

A fim de se alinhar essas necessidades à aplicação positiva da AD, deve haver uma articulação entre a equipe de profissionais de saúde e a família assistida, elencando as necessidades observadas e prestando assistência necessária à família (LIMA *et al.*, 2013).

Considerações finais

A maioria das referências está indexada na base *Lilacs*, em periódicos de escopo na área da enfermagem e publicação a partir de 2006. A atenção domiciliar, ainda que promova um cuidado individualizado e integral ao paciente, em um ambiente familiar, que favorece a saúde física e psicoemocional, apresenta demandas que dificultam o pleno exercício dos seus princípios.

Dificuldades essas que abrangem o cotidiano dos cuidadores: sobrecarga emocional; falta de capacitação para a função; estrutura física domiciliar inadequada e carência de insumos para o cuidado ao paciente. As necessidades e demandas no âmbito da atenção domiciliar configuraram obstáculos ao bem-estar e à qualidade de vida de pacientes e cuidadores/familiares.

Agradecimentos

Ao CNPq pela bolsa de iniciação científica, a partir do edital PROINIC-Unimontes, na modalidade PIBIC/AF/CNPq.



Referências

- BIERHALS, C. C. B. K. et al. Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 25, p. e2870, 2017.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 903-912, 2016.

DE FIGUEIREDO P. A., ALVIM N. A. T. Guidelines for a Comprehensive Care Program to Ostomized Patients and Families: a Nursing proposal. *Revista latino-americana de enfermagem (Online)*, v. 24, 2016.

FERREIRA, J. A. et al. Compreensão das necessidades de saúde do homem em assistência domiciliar: estratégia para a contra-hegemonia. *Ciência, Cuidado & Saúde*, v. 21, p. e58613-e58613, 2022.

JORGES, M. S. B. et al. Solvability of mental health care in the Family Health Strategy: social representation of professionals and users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 1060-1066, 2014.

LIMA, I. C. V. et al. Demandas de cuidado domiciliar da criança nascida exposta ao HIV na ótica da teoria ambientalista. *Revista Gaúcha Enferm (Online)*, v. 34, p. 64-71, 2013.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva (online)*, v. 19, p. 3403-3416, 2014.

NEVES A. C. D. O. J. et al. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, 2019.

PINTO, M. M. P. S.; COUTINHO, S. E. D.; COLLET, N. Doença crônica na infância e a atenção dos serviços de saúde. *Ciência, Cuidado & Saúde*, v. 15, n. 3, p. 498-506, 2016.

SILVA K. L. et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 4, 2017.

Tabela 1. Descrição dos artigos selecionados conforme ano de publicação.

Ano de publicação	n	%
1993	1	8,3
2006	1	8,3
2013	1	8,3
2014	2	16,6
2016	3	25,0
2017	2	16,6
2019	1	8,3
2022	1	8,3
Total	12	100,0

3. Resumo expandido: Visita domiciliar e atenção primária à saúde - pesquisa bibliométrica.



AUTOR(ES): FELIPE ALVES FERNANDES, SIRLAINE DE PINHO, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, LUCIANA COLARES MAIA, HUGO AMÉRICO CARVALHO MENDES CAPUCHINHO, LUCINEIA DE PINHO e SIMONE DE MELO COSTA.

ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VISITA DOMICILIAR E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) incorpora diversas ações voltadas à promoção de saúde (SILVA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020), como a identificação precoce de enfermidades, o tratamento, o acompanhamento, a reabilitação e a educação em saúde (OLIVEIRA et al., 2019), favorecendo o acesso e a permanência dos usuários na rede de atenção à saúde.

Nesse contexto, a visita domiciliar (VD) é um mecanismo fundamental à APS (CORREIA et al., 2019), pois o contato direto gerado pela VD possibilita observar fatores que possam estar interferindo na saúde do paciente (PINHEIRO et al., 2019). Ela proporciona uma abordagem mais próxima da realidade vivida pelas famílias, além de estabelecer um vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde (BARATIERI; NATAL, 2019).

A VD amplia os objetivos associados à promoção da saúde, de maneira integral e humanizada (LINO et al., 2020). Nesse aspecto, a integração dos diversos profissionais de saúde proporciona um atendimento multiprofissional contribuindo para a integralidade da atenção aos indivíduos (SANTOS et al., 2020), sendo fundamental a atuação do agente comunitário de saúde nesse processo (RAMALHO et al., 2019). O objetivo deste trabalho foi efetuar uma pesquisa bibliométrica de publicações sobre visita domiciliar na atenção primária à saúde.

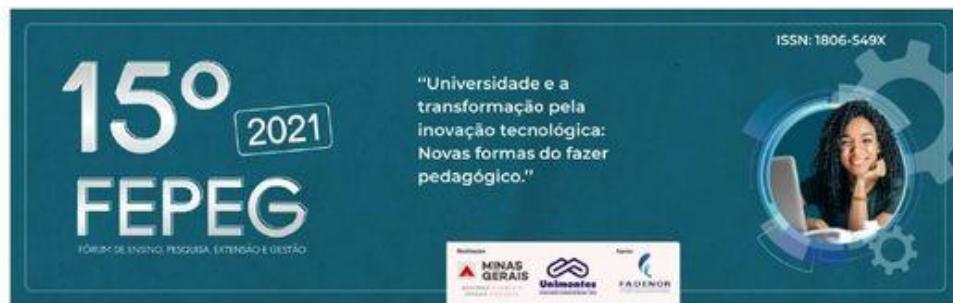
Material e Métodos

Pesquisa bibliométrica efetuada com publicações científicas sobre visita domiciliar e atenção primária à saúde, no âmbito da saúde pública. Dessa maneira, constitui domínio público os conteúdos analisados no presente estudo, sem necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi conduzida no âmbito do programa de iniciação científica da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. A busca das referências foi efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de forma integrada, em março de 2021, com os descritores 'visita domiciliar' e 'atenção primária à saúde', sendo encontradas 697 referências. Ao adotar o filtro para textos completos restaram 513 referências. Depois de ser selecionado o filtro correspondente ao assunto principal 'atenção primária à saúde', 228 trabalhos foram excluídos, e aplicando o filtro para referências publicadas entre 2019 e 2021, restaram 37 referências. O detalhe da busca final foi: visita domiciliar AND atenção primária à saúde AND (fulltext:(“Atenção Primária à Saúde”)) AND (year_cluster: [2019 TO 2021]).

Desse modo, com base nas 37 referências geradas ao final da busca, realizou-se escolha do material pela análise de títulos e resumos, e seleção pelos critérios de inclusão e de exclusão. Foram inclusas as referências relacionadas ao tema 'visita domiciliar e atenção primária à saúde' e exclusas aquelas não relacionadas ao tema e as duplicadas nas diferentes bases de indexação da BVS. No total, três referências foram excluídas. Para as 34 referências inclusas, efetuou-se a leitura do texto na íntegra e o material foi quantificado conforme: base de indexação, ano de publicação, periódico e idioma.

Resultados e Discussão

Com relação aos estudos selecionados, verificou-se indexação nas bases Medline (n = 16), Lilacs (n = 5), BDENF – Enfermagem (n = 1), Lilacs e BDENF – Enfermagem (n = 8), Lilacs e Coleciona SUS (n = 2), Lilacs e MINSAPERÚ (n = 1), IBECS (n = 1), (Tab. 1). O material analisado foi publicado nos anos de 2019 (n = 20) e 2020 (n = 14). Os



artigos foram veiculados aos periódicos: *Indian journal of dental research* (n = 1), *Ciência & saúde coletiva* (n = 2), *Revista de enfermagem UFPE on line* (n = 2), *Physis* (n = 1), *Distúrbios da comunicação* (n = 1), *REME: revista mineira de enfermagem* (n = 2), *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* (n = 1), *Revista brasileira de medicina de família e comunidade* (n = 2), *Texto & contexto enfermagem* (n = 2), *PLoS One* (n = 1), *British journal of general practice* (n = 2), *BMC health services research* (n = 1), *Journal of Nursing and Health* (n = 1), *Applied ergonomics* (n = 1), *Revista baiana de enfermagem* (n = 1), *Atencion Primaria* (n = 1), *Journal of the american geriatrics society* (n = 2), *BMC family practice* (n = 1), *Healthcare quarterly* (n = 1), *Clinical pediatrics* (n = 1), *BMJ open* (n = 1), *Journal of community health* (n = 1), *Medicine (Baltimore)* (n = 1), *Annals of family medicine* (n = 1) e *Journal of nursing management* (n = 1). Um trabalho (n = 1) corresponde a Tese de Doutorado em Saúde Pública, depositada no catálogo da Universidade de São Paulo – USP, e outro (n = 1), trata-se de uma Monografia vinculada ao Ministério da Saúde do Peru. No que diz respeito ao idioma de publicação, verificou-se que a maioria dos estudos estava em Inglês (n = 18), seguidos de Português (n = 14) e Espanhol (n = 2).

Estudo que analisou as VD realizadas na atenção básica por diferentes categorias profissionais de saúde, no estado de Minas Gerais, mostrou que elas foram presentes no cotidiano dos profissionais. No entanto, o número dessas visitas mostrou-se desigual entre as diferentes categorias profissionais. Os profissionais de nível médio foram os que mais realizaram as visitas, seguidos de enfermeiros e médicos. Os cirurgiões-dentistas foi a categoria profissional que menos realizou visitas (DINIZ et al., 2020).

Nesse contexto, o papel do agente comunitário de saúde (ACS) é fundamental na atenção primária, uma vez que por meio da VD estão em contato constante com as famílias. Eles são capazes de identificar as diversas necessidades dos usuários dos serviços de saúde e estabelecer um elo das famílias com outros profissionais e demais serviços de atenção à saúde (RAMALHO et al., 2019).

Ligado a isso, materiais têm sido desenvolvidos para contribuir nos propósitos das VD. Equipe de médicos utilizou uma ferramenta para otimizar a gestão da agenda das visitas domiciliares, com resultado satisfatório para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das visitas realizadas. A ferramenta foi considerada de fácil aplicação e capaz de ser reproduzida em diferentes cenários da atenção primária (PINHEIRO et al., 2019). De modo semelhante, outro estudo apresentou o desenvolvimento de um instrumento de apoio às visitas domiciliares realizadas por farmacêuticos, para registrar as atividades efetuadas e pactuadas com os pacientes e familiares. O instrumento apresentou avaliação 100% positiva entre os participantes, demonstrando ser instrumento eficaz para auxiliar esses profissionais (SANTOS et al., 2020).

Considerações finais

A maior parte das publicações foi indexada na base Medline e no idioma inglês. Os artigos foram publicados em revistas nacionais e internacionais. O número de visitas domiciliares é desigual entre as classes profissionais da saúde, sendo com maior frequência entre os profissionais de nível médio. Ferramentas/instrumentos foram desenvolvidos por profissionais de saúde para apoio e gestão das visitas domiciliares no âmbito da atenção primária à saúde.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo apoio e bolsa no processo de iniciação científica BIC/UNI/UNIMONTES e pelo apoio à iniciação científica voluntária - ICV (Edital PROINIC-Unimontes).

Referências

- BARATIERE, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva*, v.15, n.11, 2019.
- CORREIA, E. T. et al. Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.20, e40191, 2019.
- DINIZ, L. M. et al. Visitas domiciliares na atenção básica: diferenças entre categorias profissionais e macro-regiões de saúde/HOME visits in primary care: Differences among professional categories and health macro-regions. *Indian J Dent Res*, v.31, n.3, 2020.
- LINO, I. G. T. et al. Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na atenção primária à saúde. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, v.24, e1314, 2020.
- OLIVEIRA, G. C. P. et al. A visita domiciliar ao recém-nascido. *Revista de enfermagem UFPE on-line*, v.14, e243631, 2020.
- OLIVEIRA, Y. H. A. et al. Assistência de enfermagem ao usuário com carcinoma espinocelular. *Revista de enfermagem UFPE on-line*, v.13, e242832, 2019.



PINHEIRO, J. V. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. v.14, n.41, 2019.
 RAMALHO, E. L. R. et al. Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. *REME: revista mineira de enfermagem*. v.23, e1206, 2019.
 SANTOS, J. B. et al. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. v.30, n.2, 2020.
 SILVA, N. C. et al. Atenção fonoaudiológica no NASF do município de Santa Rita-PB. *Distúrbios da comunicação*. v.31, n.1, 2019.

Tabela 1. Bases de indexação de material sobre ‘Visita Domiciliar na Atenção Primária à Saúde’.

Base de indexação	n	%
Medline	16	47,0
Lilacs	5	14,5
BDENF - Enfermagem	1	3,0
IBECS	1	3,0
Lilacs e Coleciona SUS	2	6,0
Lilacs e BDENF - Enfermagem	8	23,5
Lilacs e MINSAPERÚ	1	3,0
Total	34	100,0

4. Resumo expandido: Visita domiciliar e educação em saúde - pesquisa bibliométrica.



AUTOR(ES): HUGO AMÉRICO CARVALHO MENDES CAPUCHINHO, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, SIRLAINE DE PINHO, LUCIANA COLARES MAIA, FELIPE ALVES FERNANDES, ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA e SIMONE DE MELO COSTA.
ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VISITA DOMICILIAR E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PESQUISA BIBLIOMÉTRICA

Introdução

No cenário recente enfrentado no Brasil, visitas domiciliares e educação em saúde vem se mostrando estratégias eficazes na orientação das comunidades (ABREU-D' AGOSTINI et al., 2018; PEIXOTO et al., 2020).

Estas estratégias funcionam com o público amplo e variado - adolescentes, puérperas e idosos entram nesse grupo - fazendo com que novas pesquisas e métodos de promoção de saúde sejam desenvolvidos levando em considerações todas as individualidades de cada público de maneira humanizada (ABREU-D' AGOSTINI et al., 2018; HOLLANDA et al., 2019; LIMA et al., 2017).

Diante disso, destaca-se a importância de estratégias de visita domiciliares envolvendo a educação em saúde, contribuindo para minimizar e prevenir os problemas de saúde postos na população. O objetivo deste trabalho foi efetuar um levantamento bibliométrico de publicações científicas sobre visitas domiciliares e educação em saúde.

Material e Métodos

Pesquisa bibliométrica efetuada com publicações científicas sobre visita domiciliar e educação em saúde. Dessa maneira, constitui pesquisa com dados de domínio público, sem necessidade de apreciação em Comitê de Ética. A pesquisa foi conduzida no processo de iniciação científica voluntária (ICV). A busca inicial das referências foi efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de forma integrada, em 19 de março de 2021, com os descritores 'visita domiciliar' e 'educação em saúde', sendo encontradas 1.106 referências. Efetuando o filtro para texto completo ficaram 693, novo filtro foi adicionado para educação em saúde permanecendo 95 referências, por fim foi adicionado o filtro para publicação nos últimos cinco anos, restando 24 referências. O detalhe da busca final foi: tw: (visita domiciliar AND educação em saúde) AND (fulltext:"1" OR "1" OR "1") AND mj:("Educação em Saúde") AND (year_cluster:[2016 TO 2021]).

Assim, a partir das 24 referências finais selecionadas, realizou-se a seleção do material pela análise de títulos e resumos, e seleção pelos critérios de inclusão e de exclusão. Foram inclusas as referências relacionadas ao tema 'visita domiciliar e educação em saúde' e exclusas aquelas não relacionadas ao tema e as duplicadas nas diferentes bases de indexação da BVS. Ao final, permaneceram 23 referências inclusas. Efetuou-se a leitura do texto na íntegra e o material foi quantificado conforme: base de indexação, ano de publicação, periódico e idioma.

Resultados e Discussão

Das 23 referências inclusas, as bases de indexação foram: Lilacs (n = 2), BDENF Enfermagem (n = 5), Medline (n = 10), Lilacs e CAB Prod. Secr. Municipal de Saúde SP (n = 1), Lilacs e BDENF Enfermagem (n = 5), (Tab. 1). O material foi publicado no ano de 2016 (n = 4), 2017 (n = 5), 2018 (n = 9), 2019 (n = 2) e 2020 (n = 3), (Tab. 2). O idioma de publicação foi em português (n = 12) e em inglês (n = 11).

Os periódicos de veiculação dos artigos científicos (n = 21) foram: J. nurs. Health (n = 2), REVISA (n = 1), Rev. enferm. UFPE (n = 5), BMJ Open (n = 2), Am J Public Health (n = 1), PLoS One (n = 1), PLoS Med (n = 1), Trials (n = 1), Pediatrics (n = 1), Am J Health Promot (n = 1), Glob Health Action (n = 1), COPD (n = 1), Trab. educ. Saúde (n =



1), Rev. Latino-Am. Enfermagem (n = 1) e MCN Am J Matern Child Nurs (n = 1). Entre o material selecionado consta uma monografia que trata de Manual técnico/auxiliar de enfermagem, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Brasil e uma dissertação que estuda a questão do audiovisual pedagógico em Visita Domiciliar emancipatória (FIGUEIRÓ, 2016).

No cenário da pandemia de COVID-19 foi essencial a reorganização do atendimento na atenção básica para limitar os riscos de transmissão do Coronavírus, tendo em vista a escassez de recursos básicos, a falta de equipamento de proteção individual para os profissionais e de leitos hospitalares especializados. A educação em saúde manifestou-se como elemento vital no combate a COVID-19, apesar dos obstáculos no processo, tais como oposição por parte da população quando se diz respeito ao isolamento social, incorporação de novas medidas de higiene e de barreiras físicas, como o uso de máscaras (DIAS; RIBEIRO, 2020).

Na perspectiva da educação em saúde, considera-se de extrema importância a ação dos agentes de controle a endemias e sua qualificação específica e adequada para abordagem da população e enfrentamento da endemia. Cada comunidade tem um conhecimento específico, tendo em vista o contexto social e suas formas de organização. Dessa forma, a luta contra a irrupção de uma doença só será bem sucedida com a participação de uma população mobilizada contra tal, fazendo o controle e a prevenção. Observando assim a importância de um diálogo com a comunidade nas ações de educação em saúde (PEIXOTO et al., 2020).

Quanto à aplicabilidade da visita domiciliar no desenvolvimento de sessões educativas em saúde cardiovascular para idosos hipertensos e/ou diabéticos, recomenda-se a adoção de atividades educativas universitárias junto aos idosos a fim de se atingir o envelhecimento saudável. As visitas domiciliares não se mostram atrativas aos homens, sendo importante portanto, usar outras abordagens educativas para esse público alvo, como o direcionamento nas unidades básicas de saúde, ações em praças e centros comunitários, e utilização de material visual como tabelas, pirâmides e imagens relacionada ao tema proposto (MOREIRA et al., 2020).

A educação em saúde, com tema saúde cardiovascular, deve ter acompanhamento contínuo para que tenha a avaliação dos resultados e manutenção do vínculo de confiança com o público alvo, que em geral, se apresenta resistente às atividades de estímulo, orientação e incentivo à adoção de hábitos saudáveis (LIMA et al., 2017). Investigação que comparou efeitos da educação em saúde com a visita domiciliar nos aspectos de adesão e de empoderamento de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado e controle glicêmico, constatou que as diferentes estratégias se mostraram efetivas, no entanto, a educação em saúde em grupo de pessoas com diabetes apresentou resultados mais positivos quando comparada com a visita domiciliar (SANTOS et al., 2017).

Estudo que tratou da visita domiciliar em idosos com úlcera venosa ressaltou que o profissional não deve tratar apenas dos cuidados da pele, com administração de medicamentos e execução de curativos, mas deve, também, valorizar o acolhimento sensível e integral ao idoso (DUFFRAER, JOAQUIM, CAMACHO, 2018).

As visitas domiciliares proporcionam possibilidade de discussão de temas relevantes também com puérperas. Elas permitem incrementar informações que as tornam mais independentes nos desafios dos cuidados com o filho recém-nascido e consigo mesma, além de criar um vínculo mais saudável entre profissional de saúde, puérpera e família (HOLLANDA et al., 2019).

Também, destaca-se a importância da visita domiciliar para promoção da saúde junto aos adolescentes, aumentando a confiança e o vínculo do profissional com esse público. Para isso, o profissional de saúde deve ter um conhecimento prévio relacionado com a significância da prática do cuidado domiciliar e das noções de interação terapêutica, para que se consiga a segurança no exercício da visita domiciliar e educação em saúde, e crie o vínculo de promoção da saúde do adolescente (ABREU-D' AGOSTINI et al., 2018).

Considerações finais

A maioria do material selecionado foi no formato de artigo, publicado em 2018, e indexado na base Medline e na BDENF Enfermagem. A visita domiciliar e a educação em saúde são estratégias eficazes e com potencial para prevenção, tratamento e reabilitação de problemas de saúde, e foi importante no contexto atual da pandemia pelo Coronavírus. Essas estratégias foram adotadas para variados público alvo, tais como idosos, adolescentes, puérperas. Entretanto ainda é um desafio conquistar a confiança do público, uma vez que o contexto social interfere nos hábitos de



vida e nas crenças. O profissional deve estar apto e bem capacitado para saber lidar e gerir a população de forma individualizada e humanizada, levando em consideração o contexto social inserido, para que assim ganhe a confiança e crie o vínculo saudável com a comunidade.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo apoio no processo de iniciação científica voluntária ICV e pelo apoio e bolsa no processo de iniciação científica BIC/UNI/UNIMONTES (Edital PROINIC-Unimontes).

Referências

- ABREU-D'AGOSTINI, F. C. P. de, et al. O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitadores. *Rev enferm UFPE on line*. v.12, n.12, 2018.
- DIAS, E. G.; RIBEIRO, D. R. S. V. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. *J. nurs. health.* v.10, e20104020, 2020.
- DUFFRAYER, K. M.; JOAQUIM, F. L.; CAMACHO, A. C. L. F. Orientações em saúde: estratégia de promoção à capacidade funcional nas úlceras venosas. *Rev enferm UFPE on line*. v.12, n.7, 2018.
- FIGUEIRO, M. T. L. Audiolvisual sobre visita domiciliar na atenção básica, como prática emancipatória: que óculos você usa? [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2016.
- HOLLANDA, G. S. E. et al. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. *J. nurs. health.* v.9, n.3, 2019.
- LIMA, P. A. de, et al. Atividades educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio. *Rev enferm UFPE on line*. v.11, n.11, 2017.
- MOREIRA, R. P. et al. Educação em saúde no domicílio de idosos hipertensos e/ou diabéticos. *Rev enferm UFPE on line*. v.14, e245034, 2020.
- PEIXOTO, T. M. et al. Práticas educativas no controle da Dengue: atuação dos Agentes de Combate às Endemias e percepção dos moradores. *REVISA*. v.9, n.2, 2020.
- SANTOS, J. C. dos, et al. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.25, e2979, 2017.

Tabela 1. Base de indexação de material sobre 'Visita Domiciliar e Educação em Saúde'.

Base de Indexação	n	%
Lilacs	2	8,7
BDENF-Enfermagem	5	21,7
Medline	10	43,5
Lilacs e CAB Prod. Secr. Municipal de Saúde SP	1	4,4
Lilacs e BDENF-Enfermagem	5	21,7
Total	23	100,0

Tabela 2. Ano de publicação de material sobre 'Visita Domiciliar e Educação em Saúde'.

Ano de Publicação	n	%
2016	4	17,4
2017	5	21,7
2018	9	39,1
2019	2	8,7



2020	3	13,1
Total	23	100,0

5. Resumo expandido: Atendimento domiciliar no âmbito da formação em odontologia.



AUTOR(ES): LARA SANTOS CANGUSSU, SIRLAINE DE PINHO, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, ROSANGELA RAMOS VELOSO SILVA, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA e FELIPE ALVES FERNANDES.
ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Introdução

A Visita Domiciliar (VD) é uma modalidade de atenção à saúde que pode ser substitutiva ou complementar às já existentes. Ela é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados, além de ser integrada às redes de atenção à saúde. Desse modo, a VD propõe a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e discute as diferentes concepções e possibilidades de abordagem da família a partir do princípio da territorialização (BRASIL, 2003; ROCHA; FRANCO, 2013).

Nesse cenário, em revisão integrativa foi verificado que a VD mostra-se como prática capaz de inserir o estudante de odontologia no território de atenção à saúde, uma vez que por meio dela é possível provocar a aproximação da população com a equipe de saúde. A partir deste contato com a realidade, o acadêmico vivencia os desafios do cotidiano dos usuários e dos serviços de saúde, e tem a oportunidade de refletir sobre as contradições entre a clínica tradicional regida pelo modelo biomédico e a realidade da prática odontológica. Sendo assim, a visão humanística propiciada pela VD oportuniza o deslocamento da atuação do futuro cirurgião-dentista para além do preenchimento de protocolos de atendimento e que possam valorizar e entender a realidade dos pacientes (SILVA; PERES; CARCERERI, 2017).

Para Mecca et al. (2013), a visita domiciliar permite aos integrantes de toda a equipe conhecer as condições de vida e de saúde da população beneficiada. Desse modo, os profissionais da equipe de saúde têm a oportunidade de realizar consultas domiciliares e de planejar projetos terapêuticos singulares. Durante essas visitas os acadêmicos podem exercitar grande parte das competências propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos em saúde, tais como a atenção à saúde, tomadas de decisão e liderança.

Os cursos de odontologia empenhados em se apropriar dessa perspectiva têm proposto a inclusão de disciplinas e estágios curriculares focados na saúde coletiva, que contemplam uma formação: com base na integração com os serviços públicos de saúde; na busca de aproximação com a realidade do processo saúde-doença vivenciada pela população e, pela reflexão sobre as propostas que aperfeiçoem o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde preconiza a visita domiciliar, levando-a também em consideração, as necessidades e o estado de saúde dos usuários dos serviços públicos de saúde (NORO; TORQUATO, 2015). O objetivo deste estudo bibliométrico foi revisar a literatura acerca do atendimento domiciliar no âmbito da formação em odontologia.

Material e Métodos

O presente trabalho trata-se de estudo bibliométrico a partir de publicações científicas sobre visita domiciliar em odontologia. A busca inicial das referências foi efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de forma integrada, em 19/03/2020: tw:(atendimento domiciliar OR visita domiciliar AND odontologia) AND (fulltext("1") AND mj:(Visita Domiciliar)). A busca resultou em 276 referências, após filtro para texto completo ficaram 102, e após filtro para assunto principal 'visita domiciliar' permaneceram 25 referências, sendo excluídas 17, por não atenderem os critérios de inclusão. Esses foram previamente definidos no protocolo de pesquisa: tratar de tema sobre visita domiciliar em odontologia, em qualquer formato de publicação e em qualquer idioma. Os critérios de exclusão adotados foram: tratar de visitas domiciliares realizadas por outros profissionais que não sejam cirurgiões-dentistas e referências em duplicidade na BVS. Efetuou-se a seleção pelos títulos e resumos e depois pelo texto na íntegra. As variáveis adotadas neste estudo foram: ano de publicação, idioma, periódico, abordagem metodológica, base de indexação e principais resultados e conclusões.



Resultados e Discussão

O estudo contou com a seleção final de oito referências, sendo duas publicadas em 2012, duas em 2013, uma em 2014, uma em 2015, uma em 2016 e uma no ano de 2017. São sete artigos e uma tese de doutorado. Os idiomas de publicação foram: português (n = 5), inglês (n = 2) e um mesmo artigo foi publicado em três idiomas, português, inglês e espanhol (n = 1), conforme apresentado na Tabela 1. As bases de indexação na BVS foram: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde - Lilacs (n = 6) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - Medline* (n = 2).

As referências foram publicadas em periódicos nacionais e internacionais: *Rev. Abeno* (n = 3); *Trab. Educ. Saúde* (n = 1); *Rev. Bras. Promoc. Saúde* (n = 1); *Pediatrics electronic pages* (n = 1); *Community Dent Oral Epidemiol* (n = 1). Diferentes assuntos no âmbito da área temática visita domiciliar em odontologia foram apresentados nas referências selecionadas. Podem-se destacar diferentes abordagens metodológicas utilizadas nos estudos: Pesquisa de campo (n = 5), Revisão de Literatura (n = 1) e Relato de Experiência (n = 2), descritos na Tabela 2.

O trabalho de Noro e Torquato, publicado em 2015, objetivou conhecer a percepção dos alunos do curso de odontologia sobre o aprendizado na área da saúde bucal coletiva e o seu envolvimento com a comunidade. Os acadêmicos relataram adquirir maior conhecimento da realidade e sensibilização para humanização da atenção à saúde a partir de vivência com a comunidade. Deneci et al. (2014) demonstraram que os acadêmicos têm consciência de que a visita domiciliar é ferramenta que ajuda na resolução dos problemas, uma vez que, por meio dela é possível associar a realidade da vida das pessoas.

O assunto 'Criação de Protocolo para atendimento' foi trabalhado em um artigo, onde Maciel (2016) e colaboradores desenvolveram um protocolo que contempla aspectos de saúde geral, com dados pessoais à Estratégia de Saúde da Família e informações referentes à: saúde bucal; ações de educação em saúde para o paciente e/ou cuidador; indicação da necessidade de intervenção em domicílio e/ou na unidade de saúde pela equipe de saúde bucal (ESB) e, de encaminhamento para o serviço de atenção secundária.

Também, destaca-se a referência constituída por tese de doutorado (n = 1), que se referiu à pesquisa de campo com o objetivo de analisar o potencial educativo da visita domiciliar na formação em saúde, identificando potencialidades e limites dessa estratégia educacional. Constatou-se que a visita domiciliar oportuniza aos estudantes da área da saúde a desenvolver uma visão ampliada, marcando um processo de ensino-aprendizagem, que enfatiza a formação teórica e prática voltada para promover saúde, prevenir doenças, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas (SILVA, 2012).

Considerações finais

A maior parte das referências se referiu à metodologia de pesquisa de campo, com indexação na base Lilacs. As publicações se deram a partir de 2012. O material selecionado retrata a importância da inserção de atendimentos/visitas domiciliares na grade curricular do curso de odontologia. A opinião dos acadêmicos frente a essa prática é positiva, pela aproximação com a realidade do processo saúde-doença da população.

Agradecimentos

A Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo apoio no processo de iniciação científica voluntária ICV (Edital PROINIC-Unimontes). Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a sustentabilidade do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.3, n.1, jan-mar 2003.
- DENEICI, V. et al. O significado da participação em visitas domiciliares pelo acadêmico de odontologia. *Revista Abeno*, v.14, n.1, jan 2014.
- MACIEL, J.A.C. et al. Quando a Saúde Bucal bate à porta: Protocolo para atenção domiciliar em Odontologia. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*. Fortaleza, v.29, n.4, out/dez 2016.
- MECCA, L.E. et al. Visitas domiciliares: vivenciando o emprego das diretrizes curriculares na odontologia, da teoria à prática. *Revista Abeno*, v.13, n.2, dez 2013.
- NORO, L.R.A. TORQUATO, S.M. Visita domiciliar: Estratégia de aproximação à realidade social. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan/abr. 2015.
- ROCHA, D.A. FRANCO, M.A. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.16, n.1, 2013.



SILVA, F.A.G. A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R.M. PERES, A.C.O. CARCERERI, D.L. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. *Revista da Abeno*, v.17, n.4, out. 2017.



Tabela 1. Descrição dos estudos conforme ano e idioma de publicação.

Ano de publicação	n	%
2012	2	25,0
2013	2	25,0
2014	1	12,5
2015	1	12,5
2016	1	12,5
2017	1	12,5

Idioma	n	%
Português	2	25,0
Inglês	5	62,5
Português, Inglês e Espanhol	1	12,5

Tabela 2. Descrição dos estudos conforme abordagem metodológica.

Abordagem metodológica	n	%
Pesquisa de campo	5	62,5
Revisão de Literatura	1	12,5
Relato de Experiência	2	25,0



ISSN: 1806-549X

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA** com autoria de **LARA SANTOS CANGUSSU, SIRLAINE DE PINHO, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA, ROSANGELA RAMOS VELOSO SILVA, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA E FELIPE ALVES FERNANDES** e orientação de **SIMONE DE MELO COSTA**, foi submetido e apresentado no formato de vídeo no **14º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, entre os dias 9 a 13 de novembro de 2020.

Montes Claros/MG, 13 de novembro de 2020

Código: 8049abdb-1e47-4d15-8dd9-95881d93daa4
 Verificação: <https://fepeg2020.unimontes.br/certificates/8049abdb-1e47-4d15-8dd9-95881d93daa4>


 Prof. Antônio Alvimar Souza
 Reitor da Unimontes


 Prof. Paula Souza
 Vice-Reitora da Unimontes


 Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
 Pró-Reitor de Extensão e Presidente
 do 14º FEPEG

6. Resumo expandido: Visita domiciliar e saúde bucal.



AUTOR(ES): FELIPE ALVES FERNANDES, SIRLAINE DE PINHO, LUCINEIA PINHO, MANIA DE QUADROS COELHO PINTO, CRISTIANE VIEIRA DA SILVA e LARA SANTOS CANGUSSU.
ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

VISITA DOMICILIAR E SAÚDE BUCAL

Introdução

A saúde bucal está intimamente ligada à saúde geral do indivíduo. Desse modo, é essencial a inclusão desta às demais ações básicas de promoção à saúde (SZPILMAN; OLIVEIRA, 2011). A inserção dos cuidados odontológicos no contexto domiciliar auxilia no combate de enfermidades que podem ocasionar danos à saúde física e mental de pacientes restritos ao lar (MACIEL et al., 2016). Isso porque indivíduos impossibilitados de deslocar-se do local de residência para usufruir de serviços odontológicos estão suscetíveis a inúmeros problemas decorrentes de uma má saúde bucal (GLUZMAN et al., 2013). Assim, medidas que visem melhorar os cuidados com a saúde bucal dessa parcela da população são imprescindíveis (BATISTA, 2014).

Dessa forma, as visitas domiciliares proporcionam resultados positivos, sendo que a participação do cirurgião-dentista é fundamental para os cuidados a pacientes restritos ao lar (MACIEL et al., 2016), sendo que na Estratégia de Saúde da Família, eles contam com o apoio do Agente Comunitário de Saúde (KULIK, 2015), para o agendamento das visitas. O objetivo deste trabalho foi efetuar uma pesquisa bibliométrica de publicações sobre visita domiciliar na perspectiva de saúde bucal.

Material e Métodos

Pesquisa bibliométrica efetuada com publicações científicas sobre visita domiciliar em odontologia, no âmbito da saúde pública. Dessa maneira, constitui domínio público os conteúdos analisados no presente estudo, sem necessidade de apreciação em Comitê de Ética. A pesquisa foi conduzida no processo de iniciação científica voluntária (ICV). A escolha da temática deu-se por constituir assunto da proposta de trabalho de mestrandos em Cuidado Primário em Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes: Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). A busca inicial das referências foi efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de forma integrada, em março de 2020, com os descritores 'visita domiciliar' e 'odontologia', sendo encontradas 276 referências. Depois de adotado o filtro para textos completos ficaram 102 referências. Ao adotar o filtro correspondente ao assunto principal 'saúde bucal', 82 referências foram retiradas. O detalhe da busca final foi: tw:(atendimento domiciliar OR visita domiciliar AND odontologia) AND (fulltext:(“1”) AND mj:(“Saúde Bucal”)).

Assim, a partir das vinte referências relacionadas ao assunto principal do estudo, realizou-se a seleção do material pela análise de títulos e resumos, e seleção pelos critérios de inclusão e de exclusão. Foram inclusas as referências relacionadas ao tema 'visita domiciliar na atenção em odontologia' e exclusas aquelas não relacionadas ao tema e as duplicadas nas diferentes bases de indexação da BVS. Para as referências inclusas, efetuou-se a leitura do texto na íntegra e o material foi quantificado conforme: base de indexação, ano de publicação, periódico, delineamento do estudo, idioma e país de afiliação.

Resultados e Discussão

Pelos critérios de inclusão e exclusão, adotados no protocolo de pesquisa, 10 referências foram selecionadas para avaliação final. Para as referências selecionadas, verificou-se que a indexação se deu nas bases *Medline* (n = 4), *Lilacs* (n = 3) e no Campus Virtual de Saúde Pública - CVSP-Brasil (n = 3). O material analisado foi publicado entre os anos de 2010 e 2018, tendo para os anos de 2010, 2011, 2016 e 2018 um arquivo associado a cada ano (n = 1), e em relação aos anos de 2013, 2014 e 2015, obtiveram-se dois arquivos correspondentes por ano (n = 2). Não houve referências associadas aos anos de 2012 e 2017, conforme Tabela 1.

Entre as 10 referências, seis eram artigos científicos e quatro se referiam a recursos educacionais. Entre esses recursos, três são provenientes de trabalhos de conclusão de curso de especialização em Saúde da Família, depositados nas coleções da CVSP-Brasil e, uma referência trata de dissertação defendida na Faculdade de Odontologia e depositada no Catálogo da Universidade de São Paulo – USP, indexada na base *Lilacs*. Os seis artigos foram veiculados



aos periódicos: *Public Health Nursing* (n = 1), *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* (n = 1), *Special Care in Dentistry* (n = 2), *Gesundheitswesen* (n = 1) e *Espaço Para a Saúde* (n = 1). Quanto ao delineamento dos estudos, constataram-se quatro (40%) pesquisas quantitativas transversais, um (10%) relato de experiência e cinco (50%) estudos experimentais, com avaliações de intervenções em diferentes momentos.

No que diz respeito ao idioma de publicação, cinco (50,0%) estavam em Português, quatro (40,0%) em Inglês e um (10,0%) em Alemão. Os países de afiliação das pesquisas foram: Brasil (n = 6), Estados Unidos (n = 2), Alemanha (n = 1) e Chipre (n = 1). O maior número de estudos afiliados ao Brasil pode ser explicado, em parte, pelo critério de busca embasado apenas no descritor em português.

Estudo que objetivou avaliar o estado da saúde bucal e necessidades odontológicas de idosos residentes em lares de repouso revelou que 92% necessitavam de algum tipo de tratamento e melhorias de higiene bucal. Verificou-se que 96% não frequentaram um cirurgião-dentista desde que ficaram reclusos e que 93% demonstraram interesse em um programa de atendimento odontológico domiciliar (GLUZMAN et al., 2013). Nessa perspectiva, pesquisa que analisou os efeitos de um programa de educação sobre cuidados com a saúde bucal de idosos, em casas de repouso, demonstrou que seis meses após sua implementação a saúde bucal antes debilitada, apresentou melhorias significativas (CZARKOWSKI et al., 2013). Desse modo, o treinamento dos profissionais pode ajudar a restabelecer a saúde bucal dos idosos residentes em asilos (PRONYCH et al., 2010).

Em consonância com o exposto acima, estudo que analisou o conhecimento e prática dos conteúdos de odontologia por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mostrou que 91% dos entrevistados consideraram importante aprender sobre os cuidados com a higiene bucal. No entanto, há carência de material didático que auxilie os profissionais durante as visitas domiciliares (KULIK, 2015).

Profissionais da saúde que realizam visitas domiciliares se encontram em contato constante com os pacientes para aconselhar quanto aos procedimentos relacionados à saúde bucal (OGE et al., 2018). Relato de experiência com participação de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), na temática visita domiciliar, resultou em construção de um protocolo para Atenção Domiciliar em Saúde Bucal para pacientes restritos ao lar. O protocolo mostrou ser uma ferramenta precisa para a avaliação da condição da saúde bucal dos pacientes e para fornecimento de dados que auxiliam na melhoria da atenção à saúde bucal e geral do indivíduo atendido (MACIEL et al., 2016).

Considerações finais

O material sobre 'visita domiciliar em odontologia', que compõe o presente estudo, foi publicado na última década, com destaque para os idiomas inglês e português. O atendimento domiciliar em odontologia contribui positivamente para a saúde bucal e geral de indivíduos restritos ao lar. Destaca-se a carência de material educativo/informativo para auxiliar os profissionais durante as visitas domiciliares e a importância de protocolos específicos para embasar as referidas visitas.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, pelo apoio no processo de iniciação científica voluntária ICV (Edital PROINIC-Unimontes). Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Referências

- BATISTA, F. B. Melhoria na qualidade do atendimento em saúde do idoso da Unidade De Saúde Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo (Samca). Pelotas-RS. 2014. 106p. (Especialização em Saúde da Família EsD) – UFPel, Pelotas-RS, 2014.
- CZARKOWSKI, G. et al. Schlußung von Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zur Verbesserung der Mundhygiene bei den Bewohnern – Interventionstudie in Frankfurt am Main 2010. *Gesundheitswesen*, v.75, n.6, 2013.
- GLUZMAN, R. et al. Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. *Spec Care Dentist*, v.33, n.5, 2013.
- KULIK, M. A. Como os integrantes profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) conhecem e praticam os conteúdos de Odontologia – análise de um caso. 2015. 56p. (Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas) – USP, São Paulo-SP, 2015.
- MACIEL, J. A. C. et al. Quando a saúde bucal bate a porta: Protocolo para a atenção domiciliar em Odontologia. *Rev Bras Promoc Saúde*, Fortaleza, v.29, n.4, 2016.
- OGE, O. A. et al. Knowledge, attitude and practice among Health Visitors in the United Kingdom toward children's oral health. *Public Health Nurs*, v.35, n.1, 2018.
- PRONYCH, G. J. et al. Oral health coordinators in long-term care – a pilot study. *Spec Care Dentist*, v.30, n.2, 2010.
- SZPILMAN, A. R. M.; OLIVEIRA, A. E. A Percepção De Usuários Sobre Os Serviços De Odontologia Em Unidades De Saúde De Vila Velha (ES). Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.12, n.2, 2011.



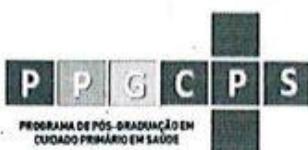
Tabela 1. Ano de publicação de material sobre 'Visita Domiciliar em Odontologia'.

Ano	n	%
2010	1	10,0
2011	1	10,0
2012	0	0,0
2013	2	20,0
2014	2	20,0
2015	2	20,0
2016	1	10,0
2017	0	0,0
2018	1	10,0
Total	10	100,0

ANEXO D — Material didático para educação sobre lesão por pressão (LPP).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

Ano: 2023

Título do Trabalho/ Produto	Cuidado às lesões da pele: Orientações sobre lesão por pressão
Autora	Cristiane Vieira da Silva
Coautores	Simone de Melo Costa e Luciana Colares Maia (Professoras do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Cuidado Primário em Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes). Ana Beatriz Martins Lopes e Bárbara Mendes de Jesus (acadêmicas de iniciação científica da Unimontes).
Dedarante	Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Cargo/Função	Coordenadora da Atenção Primária – Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – MG, Brasil,
Entidade/Instituição	Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
Descrição resumida do objeto	O produto técnico se classifica como Material Didático para educação em saúde, com abordagem ao cuidado às lesões de pele e orientações sobre lesão por pressão (LPP). O Material didático traz conceitos e informações com a finalidade de orientar os cuidadores/familiares de pacientes acamados e a comunidade no geral quanto às LPP. O

Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora de Atenção Primária
PMS - Montes Claros - MG

Digitalizado com CamScanner



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

	<p>assunto foi abordado de forma clara e com utilização de uma linguagem simples, na perspectiva de buscar uma melhor comunicação com o público leigo, no intuito de prevenir as LPP. O produto foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS, da Unimontes, no âmbito de uma pesquisa científica sobre atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das motivações para elaboração do material se deve ao fato da constatação, na referida pesquisa, que a LPP é uma das condições que frequentemente atinge os pacientes acamados, em atenção domiciliar. O material é de domínio público, portanto será amplamente divulgado junto aos profissionais de saúde da Atenção Primária, para que possam compartilhar com cuidadores/familiares das pessoas em atenção domiciliar, com restrição de mobilidade.</p>
--	---

Declaro que o produto técnico descrito acima, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (Curso de Mestrado Profissional), da Universidade Estadual de Montes Claros, possui caráter de relevância e aplicabilidade concreta na melhoria dos processos internos relacionados ao mesmo na unidade/setor sob nossa responsabilidade e gestão.

Montes Claros, 11 de 09 de 2023.

Dani J.
Daniela C. M. Dias Vélosu
Coord. da Atenção Primária
UNIEU - Montes Claros-MG

Assinatura da Declarante

ANEXO E — Resolução do CEPEX de aprovação do projeto.

16/09/2022 13:57

SEI/GOVMG - 52471768 - Resolução



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

RESOLUÇÃO CEPEX/UNIMONTES Nº. 104, DE 30 de agosto DE 2022.

Aprova o Projeto de Pesquisa: Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (CEPEX) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto e Regimento Geral vigentes, e considerando:

o Parecer nº 37/2022 da Câmara de Pesquisa;
a aprovação do Departamento de Odontologia;
a aprovação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPEX), em sessão plenária ordinária, ocorrida no dia 30/08/2022,

RESOLVE:

Art. 1º APROVAR o Projeto de Pesquisa: Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, a ser realizado no período de Setembro de 2022 a Agosto de 2024, composto pelos seguintes membros:

Equipe	Nome	Departamento	Carga Horária Hs/aula
Coordenador(a)	Simone de Melo Costa	Odontologia	-
Professores	Luciana Colares Maia	Clínica Médica	-
Colaboradores	Sirlaine de Pinho	-	-
Acadêmicos	Ely Carlos Pereira de Jesus Júlia Lika Degawa Yamamoto Priscila Aquino da Silva Cristiane Vieira da Silva	-	-

16/09/2022 13:57

SEI/GOVMG - 52471768 - Resolução

Art. 2º Os recursos necessários para a execução do projeto de que trata o artigo anterior, referente à utilização de infraestrutura e logística, só serão disponibilizados pela Universidade a partir de planejamento prévio e de acordo com a sua capacidade orçamentária e financeira.

Art. 3º Revogadas as disposições em contrário, esta Resolução entrará em vigor nesta data.

Registre-se. Divulgue-se. Cumpra-se.

Reitoria da Universidade Estadual de Montes Claros, 30 de agosto de 2022.

Professora Ilva Ruas de Abreu

VICE-REITORA E PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO.



Documento assinado eletronicamente por **Ilva Ruas de Abreu, Presidente (a) em Exercício**, em 16/09/2022, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **52471768** e o código CRC **A7BF3852**.

Referência: Processo nº 2310.01.0001325/2022-83

SEI nº 52471768

ANEXO F — Declaração de capacitação para cuidadores de idosos sobre lesão por pressão.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA



DECLARAÇÃO

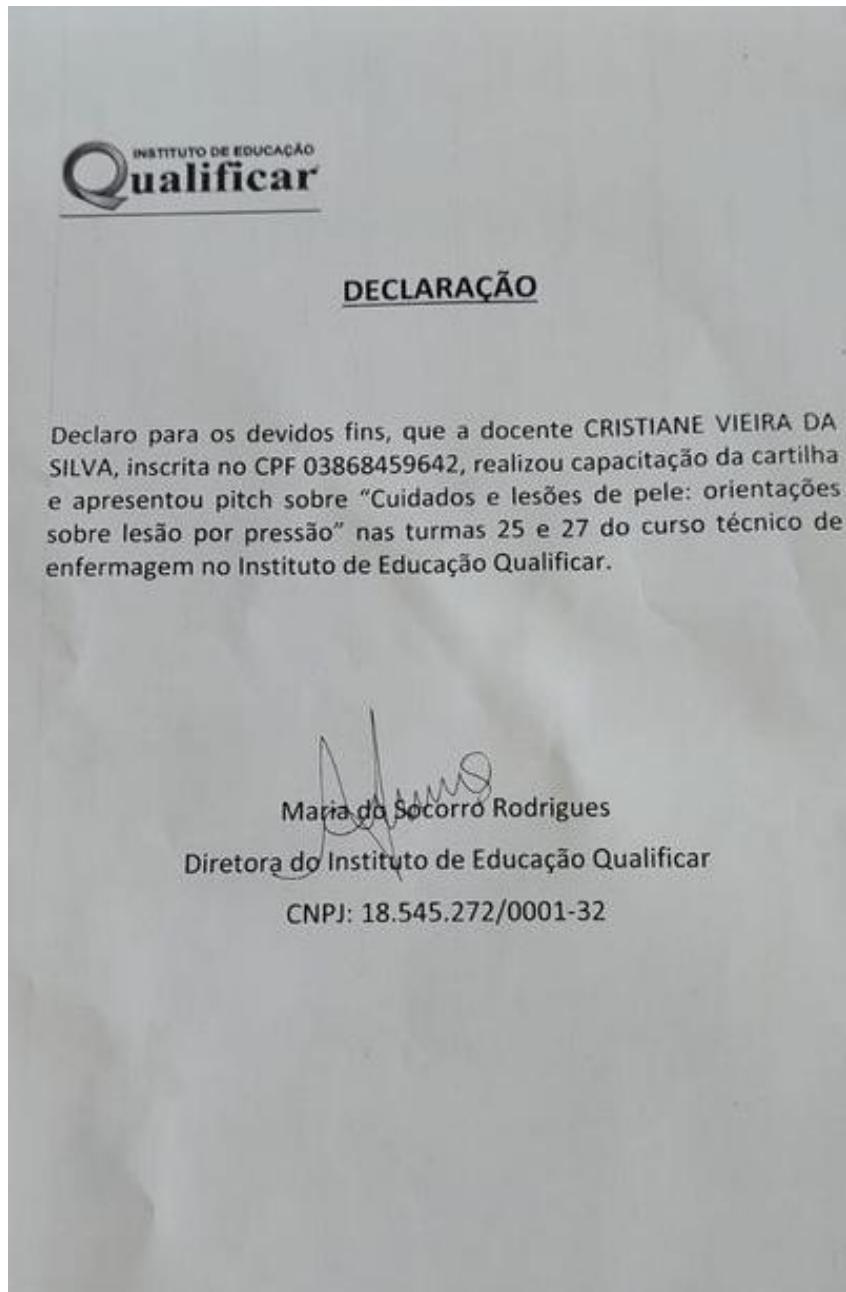
Declaramos para os devidos fins, que Cristiane Vieira da Silva, identidade MG-11045495, inscrita no CPF 038.684.596-42, realizou apresentação e treinamento da cartilha e um pitch sobre “Cuidados às lesões de pele: orientações sobre lesão por pressão” no Centro Mais Vida (Centro de Referência a Saúde do Idoso).

Por ser verdade, firmo a presente declaração.
Montes Claros, 20 de junho 2024.

Luciana Colares Maia
Coordenadora do CRASI
Hospital Universitário Clemente de Faria/Unimontes

Ely Carlos Pereira de Jesus
Gerente Administrativo do CRASI
Hospital Universitário Clemente de Faria/Unimontes

ANEXO G — Declaração de capacitação para estudantes do curso técnico de enfermagem.



APÊNDICE A — Capacitação para cuidadores de idosos sobre lesão por pressão.



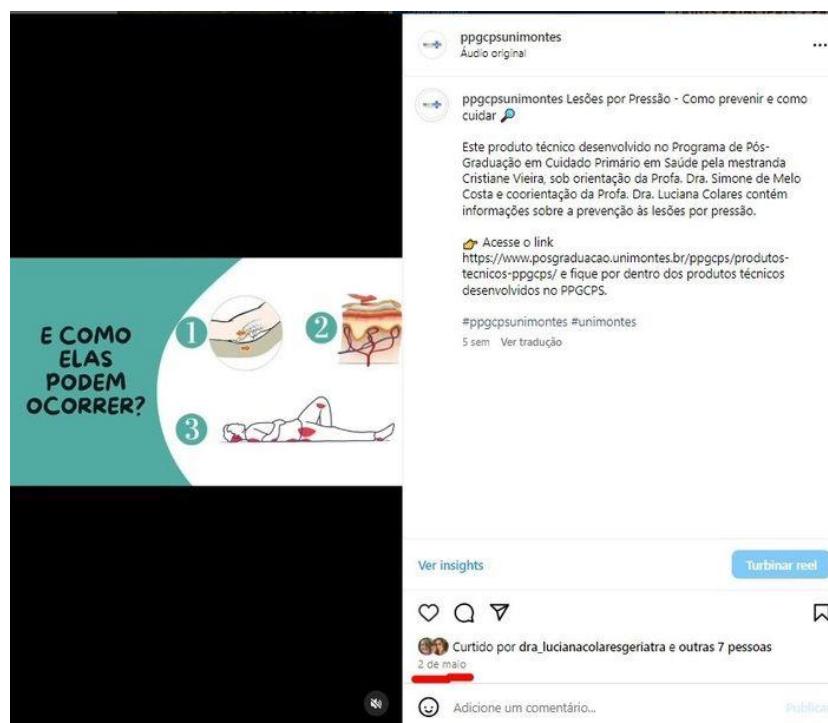
9 APÊNDICE B — Capacitação sobre o Programa Melhor em Casa para profissionais de saúde.



10APÊNDICE C — Capacitação para estudantes do curso técnico de enfermagem.

APÊNDICE D — *Pitch*: orientações sobre prevenção de lesão por pressão.

Link de acesso ao *pitch*: https://drive.google.com/file/d/1Mc3-AmYaIUo0hQLh0ibSKq9abZfDuycT/view?usp=drive_link



APÊNDICE E — Cartilha: orientações sobre lesão por pressão.

O QUE É A LESÃO POR PRESSÃO?

As lesões por pressão são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes. São áreas de necrose e, frequentemente, de ulcerização (conhecidas também como escaras ou úlceras de decúbito/pressão). Essas lesões geralmente começam com uma vermelhidão na pele, podendo surgir uma bolha seguida da abertura de uma ferida de difícil tratamento.

QUAIS FATORES RESULTAM NA LESÃO POR PRESSÃO?

As Lesões por Pressão são resultantes de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção e umidade:

- Pressão** Quando as partes moles são comprimidas por longos períodos entre as proeminências ósseas e as superfícies externas. Ex.: Paciente deitado por mais de 5 horas em uma mesma posição.
- Atrito** O atrito é um tipo de força que está presente quando duas superfícies entram em contato. Pode desencadear ulcerização na pele, que gera erosão local e rompimentos na epiderme e derme superficial. Ex.: Fricção do corpo contra roupas pessoais ou roupas de cama.
- Cisalhamento** Significa cortar ou causar deformação numa superfície a partir da tensão provocada por forças que atuam em sentidos iguais ou contrários, mas seguindo uma mesma direção. As forças dos músculos são puxadas para baixo pela gravidade e os tecidos mais superficiais permanecem em contato com superfícies externas. Ex.: Paciente colocado em uma superfície inclinada.
- Umidade** Presença de água na superfície do corpo leva à ruptura e maceração tecidual, o que pode iniciar ou agravar as lesões por pressão. Ex.: Transpiração e incontinência urinária.

ATENÇÃO: Os riscos aumentam quando somados as características individuais do paciente.

E QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVER A LESÃO POR PRESSÃO?

- Idade superior a 65 anos;
- Redução da mobilidade;
- Exposição a irritantes cutâneos;
- Dificuldade de cicatrização de feridas;
- Perda da sensibilidade;
- Crianças com comprometimento neurológico grave (ex: espinha bifida, paralisia cerebral e lesão medular).

QUAIS SÃO OS ESTÁGIOS DA LESÃO POR PRESSÃO?

A Lesão por Pressão se divide em quatro estágios, conforme a presença de sinais e sintomas:

Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4
<ul style="list-style-type: none"> • Pele intacta e avermelhada (a pele negra não há alteração de cor); • A região da lesão pode apresentar menor temperatura maior; • A região da lesão é mais firme ou mais sensível que o tecido lateral; • Não há ulcerização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da epiderme (erisílio e bolhas integrais ou parcialmente rompidas); • A área não há presença de pus, mas pode haver necrose; • A lesão é rasa, com presença de uma base rosada a vermelha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda total da espessura da pele; • Lesão no tecido subcutâneo; • As úlceras se assemelham a uma cratera; • Não apresenta exposição da camada muscular ou do osso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extensa destruição da espessura da pele; • Necrose tecidual; • Dano aos músculos, tendões, ossos subadjacentes ou outras estruturas de suporte expostas.

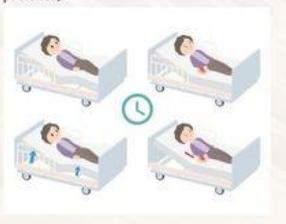
COMO PREVENIR A LESÃO POR PRESSÃO?

- Uma medida importante é a higiene do paciente (as roupas do corpo e da cama devem estar secas e limpas).
- Caso o paciente use fraldas, troque com frequência, mantendo a região sempre seca e limpa.
- Mantenha os lençóis sempre esticados (fique atento para não deixar o tecido enrugado e a objetos na cama que podem causar a lesão).
- Mantenha a pele sem umidade, em especial nas regiões quentes e úmidas, como nas axilas (em baixo dos braços) e nas dobras da pele em geral.




• A pele deve ser hidratada (esteja atento ao ressecamento, rachaduras e áreas vermelhas).

• É importante sempre mudar o paciente de posição a cada 2 a 3 horas (evite arrastar o paciente).



TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

- Se o paciente já apresentar alguma Lesão por Pressão ou aparecerem novas:
- Procure um profissional habilitado.
- Siga as recomendações do profissional médico e/ou enfermeiro.
- Para sucesso do tratamento, coloque em prática as medidas de prevenção citadas anteriormente. E você cuidador, é essencial na prevenção!

Em caso de dúvidas, consulte um profissional habilitado.



Unimontes
Universidade Federal de Minas Gerais

Orientadora:
Profa. Dra. Simona de Melo Costa
Coorientadora:
Profa. Dra. Luciana Colares Maia
Mestranda:
Cristiane Vieira da Silva
Acadêmicas:
Ana Beatriz Martins Lopes e
Bárbara Mendes de Jesus

Fonte das imagens: freepik

CUIDADO ÀS LESÕES DE PELE: ORIENTAÇÕES SOBRE LESÃO POR PRESSÃO "ESCARAS"



