

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

Sirlaine de Pinho

DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA
DE SAÚDE

Montes Claros, MG
2021

Sirlaine de Pinho

DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA
DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, 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: Professora Dra. Simone de Melo Costa

Montes Claros, MG
2021

P654d Pinho, Sirlaine de.
Desospitalização e atenção domiciliar na rede pública de saúde [manuscrito] /
Sirlaine de Pinho. – Montes Claros, 2021.
99 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,
Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa.

1. Assistência domiciliar - Serviços. 2. Continuidade da assistência ao paciente.
3. Saúde pública. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde - SUS. I.
Costa, Simone de Melo. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Professora Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Maria Alice Ferreira dos Santos

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Professor Marcos Flávio Silveira Vasconcelos

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Professor Leonardo Monteiro Ribeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Professora Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador adjunto: Professor Antônio Prates Caldeira

MESTRANDA: SIRLAINE DE PINHO

DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE



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



CANDIDATA: SIRLAINE DE PINHO

DATA: 02/06/2021

HORÁRIO: 16:00

TÍTULO DO TRABALHO: "DESOSPITALIZAÇÃO E ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

Profa. Dra. Simone de Melo Costa, (Orientadora)

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Profa. Dra. Ana Cristina Viana Campos

BANCA (SUPLENTE)

ASSINATURAS

PROFA. DRA. ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA

PROFA. DRA. TATIANA CARVALHO REIS MARTINS

APROVADO

REPROVADO

Dedico às pessoas que compartilharam da minha luta para obtenção desta vitória, especialmente àqueles que contribuíram com a efetivação deste trabalho e, portanto, com o meu êxito.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento não poderia se dá, senão para aquele que me soprou a vida; que me encaminhou nos caminhos da fé e da justiça e, que, sobre tudo me permitiu a coragem e a vontade de seguir em frente. Agradeço a Deus todos os dias, todas as horas, e todos os minutos da minha vida.

Agradeço ainda a minha mãe, maior incentivadora, posto que essa vitória árdua, sacrificada e, por vezes, complicada, não poderia ter sido concretizada sem a ajuda dela, que, no decorrer da minha vida, proporcionaram-me, além de extenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre em Deus à força maior para o meu desenvolvimento como ser humano.

À minha orientadora, Simone de Melo Costa, por sua competência, dedicação, paciência, apoio, reflexões, compreensão, por me acalmar e disponibilidade para me ensinar e orientar. Sem você, com certeza, este trabalho não seria o mesmo. Serei eternamente grata por ter tido uma mestra tão especial como você.

Á minha família por apoiarem e em especial, minha irmã Lucinéia por me fazer sonhar, crescer, acreditar, querer mudar, sentir melhor, ir em frente, pelo incentivo, confiança, conselhos e por apoiar minhas escolhas.

Á minha amiga Fernanda Azevedo pelo companheirismo e apoio, fez toda a diferença. E por saber que sempre poderei contar contigo.

Aos professores que fizeram parte na jornada da minha formação e tenho o prazer de afirmar que carrego em mim sementes que vocês plantaram.

Agradeço aos colegas que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Enfim, deixo aqui o meu “muito obrigada” a todos que fizeram parte desta caminhada. Sei meus agradecimentos não mensuram minha intensa gratidão.

A casa é nosso centro no mundo; a casa abriga o devaneio; a casa abriga o sonhador; a casa permite sonhar em paz (Gaston Bachelard).

RESUMO

O programa nacional ‘Melhor em Casa’ caracteriza-se por ofertar atenção domiciliar, no âmbito da rede do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral da dissertação foi analisar o perfil demográfico e clínico dos pacientes em alta hospitalar assumidos pelo ‘Melhor em Casa’ para abranger as disposições da atenção primária à saúde ao processo de desospitalização. A dissertação foi composta por produtos técnicos (Formulário de Avaliação de Desospitalização – FAD; fluxogramas a fim de contribuir no desempenho de diferentes fluxos de pacientes, de hospital ou da Estratégia de Saúde da Família para o ‘Melhor em Casa’, identificando o papel das partes envolvidas; e vídeos informativos) e de produtos científicos. Detalha-se a seguir o artigo científico proveniente de estudo transversal analítico, com dados de pacientes em alta de hospital referência na região norte de Minas Gerais, Brasil e com continuidade de atenção domiciliar. Os dados se referem ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019. Métodos de análise bivariada e múltipla foram realizados. Compararam-se as medianas de idade dos pacientes e verificaram-se associações de condições clínicas com o perfil demográfico e clínico, com nível de significância $p < 0,05$. A análise estatística deu-se no *Software* IBM SPSS 22.0. Foram analisados dados de 254 pacientes. O perfil demográfico e clínico foi composto de homens (56,3%), idosos (57,9%), pessoas com doenças prévias à internação hospitalar (80,3%), na condição de acamados na alta hospitalar (90,6%), com necessidade de sondas (74,4%), traqueostomizado (35,0%), com lesão por pressão (39,8%) e com ostomias (38,2%). Os homens comparados às mulheres apresentaram menor idade ($p = 0,030$) e maior frequência para uso de sondas ($p < 0,05$). Entre pessoas com registro de doenças pré-existentes e acamados a maior frequência foi para homens, 53,4% e 57,4%, respectivamente, sem diferença significativa quando comparados às mulheres. O uso de sonda foi 11% maior nos homens e 35% maior entre acamados ($p < 0,05$). Tanto entre os traqueostomizados como entre os com ostomia, a maior frequência dessas condições clínicas foi em não idosos e entre acamados ($p < 0,05$). A lesão por pressão apresentou 22% de maior prevalência entre acamados. Conclui-se que os pacientes em desospitalização assumidos pelo ‘Melhor em Casa’ são majoritariamente idosos, homens, acamados, com uso de sondas e doenças prévias à internação. O fato de ser acamado se associou às condições clínicas: uso de sonda, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão. Os resultados poderão subsidiar planejamento de intervenções apropriadas à atenção domiciliar. O envelhecimento da população é fator que deve estimular o sistema de saúde a expandir esse novo modelo de atenção.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Continuidade da Assistência ao Paciente. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The national program 'Melhor em Casa' is characterized by offering home care, within the scope of the Unified Health System network. The general objective of the dissertation was to analyze the demographic and clinical profile of patients discharged from hospital assumed by 'Melhor em Casa' and cover the provisions of primary health care to the process of dehospitalization. The dissertation was composed of technical products (Dehospitalization Evaluation Form - FAD; flowcharts in order to contribute to the performance of different flows of patients, hospitals or the Family Health Strategy for 'Melhor em Casa', identifying the role of the parties and informative videos) in addition to scientific products. Below is detailed the scientific product from a cross-sectional analytical study, with data from patients discharged from a reference hospital in the northern region of Minas Gerais, Brazil and with continuity of home care. The data refer to the period from January 2016 to December 2019. Bivariate and multiple analysis methods were performed. The patients' median age was compared and associations between clinical conditions and demographic and clinical profile were verified, with a significance level of $p < 0.05$. The statistical analysis took place in the IBM SPSS 22.0 Software. Data from 254 patients were analyzed. The demographic and clinical profile was: men (56.3%), elderly (57.9%), people with diseases prior to hospitalization (80.3%), in bed condition at hospital discharge (90.6%), in need of tubes (74.4%), tracheostomized (35.0%), with pressure injury (39.8%) and with ostomies (38.2%). Men compared to women were younger ($p = 0.030$) and had a higher frequency of using probes ($p < 0.05$). Among people with a pre-existing and bedridden disease record, the highest frequency was for men, 53.4% and 57.4%, respectively, with no significant difference when compared to women. The use of a probe was 11% higher in men and 35% higher among bedridden ($p < 0.05$). Both among tracheostomized patients and those with ostomy, the highest frequency of these clinical conditions was in non-elderly and bedridden patients ($p < 0.05$). Pressure injuries showed a 22% higher prevalence among bedridden patients. It is concluded that the patients in dehospitalization assumed by the 'Melhor em Casa' are mostly elderly, men, bedridden, with the use of tubes and diseases prior to hospitalization. The fact of being bedridden was associated with clinical conditions: use of a probe, tracheostomy, ostomy and pressure injury. The results may support the planning of interventions appropriate to home care. The aging of the population is a factor that should encourage the health system to expand this new model of care.

Keywords: Home Care Services. Continuity of Patient Care. Public Health. Primary Health Care. Unified Health System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar modalidade 3
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BIPAP	Pressão Aérea Positiva por dois Níveis
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAD I	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo I
EMAD II	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo II
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAD	Formulário de Avaliação de Desospitalização
GTA	Grupos Técnicos de Atenção
GM/MS	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBM SPSS	IBM Pacote Estatístico para Ciências Sociais
LPP	Lesão Por Pressão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica Portaria GM

PARs	Planos de Ação Regionais
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Razões de Prevalência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGH	Sistema de Informação e Gestão Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TCI	Termo de Concordância da Instituição
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

ARTIGO.....	34
TABELA 1. Perfil clínico dos pacientes assumidos pelo melhor em casa após alta hospitalar.	38
TABELA 2. Descritiva da idade dos pacientes e comparação das medianas conforme sexo e condição clínica.	38
TABELA 3 – Análise bivariada e múltipla (regressão de poisson) para variáveis associadas ao uso de sonda e traqueostomia em pacientes referenciados para atenção domiciliar.	39
TABELA 4 - Análise bivariada e múltipla (regressão de poisson) para variáveis associadas à ostomia e lesão por pressão em pacientes referenciados para atenção domiciliar..	39

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de capa do formulário de avaliação de desospitalização - fad.....	48
Figura 2 - Sessão que informa o hospital solicitante da avaliação do melhor em casa.	48
Figura 3- Sessão que informa os dados da solicitação.....	49
Figura 4 - Sessão que informa os dados pessoais do paciente.	49
Figura 5 - Sessão que informa os dados de internação-condição atual do paciente.	50
Figura 6 - Sessão que informa a situação em que o paciente se encontra na alta.....	51
Figura 7 - Sessão que avalia necessidades domiciliares do paciente para atendimento continuado.	53
Figura 8 - Sessão que coleta dados do cuidador	54
Figura 9 - Sessão que registra a data e o horário programado para avaliação pelo melhor em casa.....	55
Figura 10 - Sessão que registra a avaliação do melhor em casa.....	55
Figura 11 - Fluxograma do processo de desospitalização do paciente.	58
Figura 12 - Fluxograma para admissão de pacientes provenientes da estratégia de saúde da família (ESF).	59
Figura 13 - Fluxograma do processo de desospitalização para o melhor em casa.	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção	17
2.2 Atenção domiciliar e Melhor em Casa	21
2.3 A problemática da desospitalização	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 Geral.....	28
3.2 Específicos	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Estudo transversal analítico	29
4.3 Campo de investigação.....	29
4.4 População/fonte de dados do estudo	29
4.5 Critérios de inclusão.....	30
4.6 Critérios de exclusão	30
4.7 Procedimentos de coleta de dados	30
4.8 Tratamento dos dados.....	31
4.9 Aspectos éticos.....	31
5 PRODUTOS	33
5.1 Artigo	34
5.2 Produtos técnicos	47
5.3.1 FAD: formulário de solicitação de avaliação de desospitalização.....	47
5.3.2 Fluxogramas.....	57
5.3.3 - Vídeos educativos para leigos e profissionais de saúde.....	62
6 CONCLUSÕES	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE	72
Apendice A- Termo de concordância da instituição para participação em pesquisa – Irmandade Nossa Senhora da Mercês de Montes Claros, MG – Santa Casa.	73

Apendice B - Termo de concordância da instituição para participação em pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.	75
Apendice C - Formulário de coleta de dados da pesquisa.....	76
Apêndice D - Declaração de Produto Técnico Relevante: FAD.....	77
Apêndice E - Declaração de Produto Técnico Relevante: Fluxograma de Avaliação de Desospitalização para o Programa Melhor em Casa.....	79
Apêndice F - Declaração de Produto Técnico Relevante: Fluxograma para desospitalização do paciente.....	81
Apêndice G - Declaração de Produto Técnico Relevante: Fluxograma para admissão de paciente da Estratégia de Saúde da Família no Melhor em Casa.....	83
ANEXOS.....	85
Anexo- A – Parecer consubstanciado do CEP	86
Anexo B: Termo de responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos (arquivos de saúde, judiciais e outros).....	89
Anexo C – Publicações em anais científicos.	

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) implementou a Atenção Domiciliar (AD), um elemento da Atenção Primária à Saúde (APS), como recurso de aprimoramento da saúde pública. A AD tem como um dos principais alicerces a “desospitalização” (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, os setores da administração pública se amoldam de maneira a apresentar alternativas que melhor superem as dificuldades e ao mesmo tempo assegurem os direitos da população (PROCÓPIO *et al.*, 2019) à saúde.

A saúde pública, por exemplo, tem se ajustado de modo integrado e globalizado, criando alternativas para dispor de um sistema um tanto quanto mais amplo, coletivo e integralizado. A amplitude de atendimento é um fator significativo, especialmente, porque o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevida das diversas faixas etárias em situações de cronicidade exigem do sistema de saúde a oferta e o incentivo de recursos necessários para uma assistência de qualidade (SOUSA; SOUSA, 2019). O Sistema Único de Saúde (SUS) teve a AD como uma estratégia alternativa para dar maior qualidade aos serviços de saúde. Implementa a continuidade da assistência ao usuário, garantindo os direitos e os princípios básicos da saúde, como a integralidade e a equidade (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Tomando por exemplo no que vem acontecendo em outros países, a promoção da AD se deve ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, ao uso racional de leitos hospitalares, à redução de custos e ao benefício da organização do cuidado centrado no paciente. Todavia, a demanda pelos serviços de AD parece ser mais um desafio do sistema de saúde, com mudança no foco da assistência médica e do ambiente em que ela é prestada (BRAGA *et al.*, 2016).

Sabendo da efetividade alcançada na AD, e os efeitos da prestação de cuidados de qualidade no cenário mundial, alguns autores questionam a real necessidade de internação por determinados agravos à saúde. Acredita-se que certos motivos de internação ou prolongamentos são desnecessários e podem ser substituídos ou complementados por serviços de AD. Esse serviço também tem representado significativamente a promoção do bem-estar e conforto ao permitir que o paciente permaneça em seu ambiente doméstico e se integre ao seu ambiente de vida (FARIA *et al.*, 2016; MUNIZ *et al.*, 2016; FALLER *et al.*, 2016).

Para que a desospitalização se efetive, faz-se necessário um trabalho humanizado entre hospital e serviços primários de saúde, ligados, sobretudo, à AD (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Trabalho em parceria, que converge em ações estratégicas para reduzir o tempo de internação (VASCONCELOS *et al.*, 2015), racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e dar maior

segurança à continuidade dos tratamentos (BRASIL, 2012a). A atenção à saúde, nesse caso, não está relacionada apenas ao quesito ter hospitais ou leitos em quantidade suficiente (ROSA, 2014), mas ofertar a continuidade da atenção humanizada e segura no ambiente domiciliar.

Como forma de adequar a AD às necessidades dos pacientes que necessitam de desospitalização, propôs-se o Programa Melhor em Casa (PMC), em 2011, com o formato de abreviação e substituição da internação hospitalar. Para incluir o paciente nesse Programa, o serviço de atenção domiciliar (SAD) segue critérios de elegibilidade que devem ser avaliados desde a hospitalização do paciente (BRASIL, 2013a).

No processo de organização do PMC, inclui-se o fluxo de atendimento (da solicitação de inclusão do paciente até o ingresso nos padrões de qualificação), seguido do plano de atendimento e avaliação contínua. Para contribuir nesse processo de organização, faz-se necessário avaliar o perfil clínico de pacientes em alta hospitalar e assumidos pelo ‘Melhor em Casa’, como também, acompanhar os usuários desde a admissão até a alta, com registros formais, incluindo o uso de sistemas de informação (CASTRO *et al.*, 2018). Em adição ao perfil clínico, considera-se também importante conhecer as características demográficas dos pacientes que demandam AD no âmbito do ‘Melhor em Casa’, por exemplo, sexo e idade.

Essas considerações geraram a problematização deste estudo, que intenciona contribuir com o processo de organização do ‘Melhor em Casa’, no que se refere à desospitalização e consolidação de dados que subsidiem a integração entre os diferentes níveis de atenção da rede de assistência em saúde pública. Portanto, justifica-se o estudo por se tratar de uma temática que constitui um dos desafios do sistema de saúde pública, dada à necessidade: de utilização otimizada de leitos hospitalares, de redução dos gastos em saúde, de promover uma atenção humanizada e centrada no paciente (BRAGA *et al.*, 2016), de analisar o perfil demográfico e clínico dos usuários, de integrar os serviços da rede de atenção e de dar ao indivíduo os recursos necessários para proteger o seu maior bem, a vida, seja dentro ou fora de um ambiente hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente dissertação trata da temática desospitalização e atenção domiciliar no âmbito do SUS. A fundamentação teórica embasou-se nos descritores: Serviços de Assistência Domiciliar, Saúde Pública e Continuidade da Assistência ao Paciente. O referencial teórico foi organizado por três subtítulos: ‘Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção’; ‘Atenção Domiciliar e Melhor em Casa’; e ‘A Problemática da Desospitalização’.

2.1 Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988). Em concordância com esse princípio a Lei Federal nº 8.080, de 1990, que regulamentou o SUS, em seu art. 7º, inciso I, definiu que:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] (BRASIL, 1990).

O Brasil ao decidir por um sistema público de saúde opta pela sua universalidade, garantindo que todos os cidadãos fossem atendidos integralmente, sem limitação da atenção, na qual se estabeleceu um conjunto básico de serviços (BRASIL, 1990). O SUS 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. Sua implementação se deu a partir da Lei 8080/1990, que regulamentou todas as ações e serviços de saúde, executados no território brasileiro (BRASIL, 2010).

Na trajetória hierárquica coube aos municípios a missão de planejar, gerir e coordenar o Sistema de Saúde, na sua base territorial, bem como, executar os serviços voltados para a atenção básica (ARRETCHE, 2000). Constata-se que a partir da implantação do SUS, já se estabelecia a execução de serviços de saúde, no âmbito municipal, em consonância com o art. 30 da Constituição Federal de 1988, observando-se que, a provisão de serviços ficaria a cargo dos municípios, enquanto que o financiamento estaria a cargo das três esferas governamentais (BRASIL, 2012a).

Para custear os procedimentos e as ações de atenção primária, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB 01/96, estabeleceu uma mudança profunda na forma de financiamento do sistema. Instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), iniciado em 1998, como forma de transferência dos recursos, de maneira regular e automática, em que o recurso federal repassa diretamente aos municípios (COSTA; PINTO, 2002).

Essa descentralização de recursos e obrigações, portanto, estimulou o arranjo de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais, como forma de garantir os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, que regem a atenção à saúde da população brasileira, estabelecida a partir da publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

A ascensão da saúde pública se fez urgente, justamente pelo rápido aumento epidemiológico das doenças crônicas e pelo fato de que não havendo descentralização antes da proposição do SUS, instaurava-se a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com a demanda de doenças crônicas (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, 2012b).

No que diz respeito ao melhor dimensionamento e desenvolvimento dos convênios e dos próprios hospitais, o SUS, por via da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu critérios com base nas definições hospitalares, dentre os quais se definem os hospitais em pequeno, médio e grande porte. Os de pequeno porte consistem nos hospitais com capacidade normal de operar até 50 leitos. Os de médio porte com capacidade de operar entre 50 e 150 leitos. Os de grande porte possuem entre 150 a 500 leitos, também considerados como hospital de capacidade extra. A classificação por porte relaciona exclusivamente à quantidade de leitos. Não tendo, portanto, qualquer relação com o nível de complexidade em função da assistência prestada (BRASIL, 2012).

Acontece que a demanda hospitalar tem sido maior do que a oferta de leitos. A mudança na longevidade tem impactado diretamente nos serviços hospitalares, pois os idosos apresentam mais problemas de saúde, principalmente de longa duração (LOYOLA FILHO *et al.*, 2004). Além disso, seja qual for o porte, observa-se que, em geral, os hospitais têm sofrido com problemas relacionados à demanda hospitalar. Também, o tempo médio de permanência hospitalar favorece a formação de ‘gargalos assistenciais’, principalmente quando a demanda se refere à utilização de leitos (AZEVEDO *et al.*, 2011).

Na perspectiva de reestruturação dos serviços e dos processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012c), que integram os níveis de atenção em rede.

O sistema brasileiro de saúde foi organizado de forma hierárquica, sobre a qual a APS tem o papel de efetivar procedimentos básicos de promoção à saúde da população. Constitui o elemento da engrenagem do SUS, que faz a intermediação entre o paciente e o hospital (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006). Nesse sentido, a APS interliga a base do sistema aos demais níveis de atenção, fazendo com que os outros níveis dependam dessa engrenagem para funcionar efetivamente (OLIVEIRA; SIMÕES, ANDRADE, 2009).

No que se refere à continuidade do tratamento de paciente que estava na responsabilidade da atenção hospitalar, no que tange a pós-alta, tornou-se um desafio no processo de desospitalização. Há fragilidades nas questões de “implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização” (SILVA; SENA; CASTRO, 2017) que, por assim dizer, deve ser de responsabilidade não apenas dos hospitais, mas também da APS, que ofertará a continuidade do cuidado em domicílio.

Cabe refletir, com isso, como as políticas públicas de assistência na APS poderiam contribuir e quais as estratégias utilizadas para que a desospitalização possa ocorrer sem prejuízo à integralidade e à continuidade do cuidado nos domicílios, de forma a ofertar ao paciente e/ou aos seus familiares a segurança suficiente para dar prosseguimento com a alta médica (OLIVEIRA, 2018).

Comumente ocorre de pacientes estarem aptos à alta médica e não cumprir a alta hospitalar. São diversos os motivos que levam o paciente a reter o leito hospitalar, trazendo consequências aos indicadores hospitalares. O maior desafio da desospitalização se relaciona à aceitação da família e cuidador (BRASIL, 2012b).

No tempo que um paciente está internado, muita coisa acontece, e isso muda toda sua vida pessoal, social e até econômica. Por isso, a desospitalização deve se efetivar de forma humanizada e coerente com a situação do paciente (VASCONCELOS *et al.*, 2015) e contar com o apoio da rede pública de atenção à saúde. As RAS têm como atribuição oferecer acessibilidade aos serviços de saúde, regular o cuidado e a relação médico-paciente e, ainda, permitir o acesso a toda forma de atenção primária e à continuidade assistencial, a quem dela necessitar, além de dar suporte e orientação à família e à comunidade (STARFIELD, 2012).

As 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 I Guerra Mundial. Desde então, o modelo de RAS vem sendo implantado em países como a Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda (BRASIL, 2012b).

No Brasil, como produto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) tem-se a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS. As RAS foram conceituadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Apesar de recente implantação, já é possível apontar avanços nos debates e nas experiências relativas ao modelo de atenção, na legislação e na prática brasileira, como por exemplo, nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná (BRASIL, 2012c).

A partir de 2011, o Decreto nº 7.508 regulamenta artigos da Lei nº 8.080/1990, demonstrando concentração de esforços do governo brasileiro para implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde e fortalecimento da Atenção Básica. A implantação das Redes representa um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e avaliação pela população (BRASIL, 2014).

Desde então, se definiu que as RAS desenvolverão a atenção por meio da ampliação do acesso e da longitudinalidade do cuidado, tendo como finalidade o alcance da integralidade (BRASIL, 2010; LAMOTHE *et al.*, 2015). Para isso, propõem-se ações que levem em consideração a divisão territorial da população, a partir de um modelo mais hierarquizado, mas ao mesmo tempo integrado, de forma a garantir ações mais integralizadas entre os elementos da sua estrutura operacional (VARGAS *et al.*, 2016).

As RAS, a partir do referencial na Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010) se apresenta em forma de Grupos Técnicos de Atenção (GTA). Foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes cinco temáticas das Redes de Atenção à Saúde: 1. Rede Cegonha. 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). 3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps). 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PEITER *et al.* 2019). Essas redes ainda se subdividem, como é o caso da Rede de Urgência e Emergência, com a aprovação dos Planos de Ação Regionais (PARs), a qual faz parte da Atenção Domiciliar por meio do Programa Melhor em

Casa, lançado em 2011, visando, dentre outras coisas, implantar a Política de Atenção Domiciliar, no Brasil (BRASIL, 2014).

A compreensão das RAS tem perspectiva uno e múltipla. Uno, porque funciona a partir da união de organizações poliárquicas de múltiplos serviços de saúde, unidos numa mesma missão, e por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente (ARRUDA *et al.*, 2015). Múltipla, porque procura oferecer atenção contínua e integral à população, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada (MENDES, 2018).

2.2 Atenção Domiciliar e Melhor em Casa

O prolongamento da expectativa de vida da população fez com que o número de idosos crescesse no mundo e, com isso, a questão do envelhecimento passou a ganhar maior representatividade. Essas transformações no perfil populacional – quando o país deixa de se caracterizar como uma população jovem, na sua maioria, passando a ser uma nação de adultos conforme indicam as estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – trazem mudanças consideráveis também no perfil dos serviços e das políticas de saúde do país (IBGE, 2010).

Por isso, a Atenção Domiciliar no Brasil, desde sempre está atrelada em resolver dificuldades decorrentes do envelhecimento populacional. Transcorre disso a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual se evidencia um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (LACERDA *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2015). A AD é vista como uma alternativa de acolher as demandas que surgem dessas mudanças no processo saúde-doença, como uma maneira de dar atenção em longo prazo, aos doentes crônicos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Os custos são cada vez mais elevados nos sistemas hospitalares, demandando inovações tecnológicas (REHEM; TRAD, 2005). A maior procura pelos cuidados com a saúde aumenta a demanda por assistência de maior complexidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Diante disso, percebe-se a necessidade de proporcionar uma maior eficiência e eficácia no atendimento em saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

Como estratégia, o Ministério da Saúde (MS) implementou a Atenção Domiciliar (AD), um elemento da APS para aprimorar a saúde pública e promover a desospitalização. A AD envolve um conjunto de ações que garantem a continuidade dos cuidados em saúde, de forma integrada às RAS (BRASIL, 2011). Surge para 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, diminuir os custos (CASTRO *et al.*, 2019).

O conceito de AD definido no Decreto nº 2.527 traz características muito importantes: Cuidados "alternativos ou complementares": por meio de "Novos arranjos técnicos para o trabalho em saúde" (CASTRO *et al.*, 2019); - medidas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, aumentando a autonomia dos doentes, dos seus cuidadores e familiares; - cuidados contínuos no domicílio; -integração com as RAS, estabelecendo processos e acordos com o conjunto de pontos de atendimento (BRASIL, 2012a). A AD estabelece elementos favoráveis às instituições de saúde, tais como: proporcionar o uso mais adequado dos recursos pela substituição ou simplificação da internação e reposicionamento do modelo de assistência técnica, onde a AD é um espaço para a criação de novas formas de cuidado; e otimizar a gestão dos leitos (SILVA *et al.*, 2010).

São características da AD: proporcionar agilidade na alta e dar continuidade ao cuidado no domicílio; com base na manutenção do cuidado sistêmico pela equipe de cuidados familiares, fazem com que as complicações clínicas sejam minimizadas, reduzindo o risco de infecções; proporcionar suporte emocional ao paciente e seus familiares, bem como, ampliar o papel do cuidador preparando os familiares para adequadamente lidarem com as necessidades do paciente, proporcionando maior perspectiva ao paciente, de forma humanizada e ainda garantindo o acolhimento, mesmo estando fora do hospital (BRASIL, 2013b).

AD é atenção à saúde oferecida na moradia do paciente, caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2019a). Como forma de fortalecer a AD, o Governo Federal lançou o programa 'Melhor em Casa' e publicou diretrizes para gestores de saúde (BRASIL, 2015):

A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes: I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação; III - ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2015).

A organização da Atenção Domiciliar é efetuada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); tipo 2 (AD2); e tipo 3 (AD3), conforme complexidade e características da situação de saúde do usuário, e frequência de atendimento necessário. No tipo AD1, encaixam pacientes com problemas de saúde controlados/compensados e aqueles que se encontram com dificuldade/impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde; quem precisa de cuidados menos complexos, incluídos a recuperação nutricional, de menor frequência e necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas; e os usuários que não se enquadrarem nos critérios para AD2 e AD3. A AD1 é de responsabilidade dos profissionais de atenção básica, por visitas regulares em domicílio, por pelo menos, uma vez por mês. E serão apoiados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2013c).

O tipo AD2 destina-se aos que possuam problemas de saúde e dificuldade/impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde e que demandam maior frequência de cuidado, de recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser provenientes de diferentes serviços da rede SUS. Está baseada nas situações de saúde: necessidade de procedimentos com maior complexidade, em domicílio, como: curativos complexos e drenagem de abscesso; necessidade de monitoramento com maior frequência de sinais vitais e de exames de laboratório menos complexos; adaptação do usuário/cuidador ao dispositivo de traqueostomia; adaptação ao uso de órteses/próteses e de sondas e ostomias; acompanhamento em pós-operatório; reabilitação nos casos de deficiência permanente ou transitória, com atendimento contínuo, até apresentar condições de frequentar outros serviços de reabilitação; aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos; e de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido. Nessa modalidade será garantido, caso haja necessidade, transporte sanitário e retaguarda para unidades de funcionamento 24 horas/dia, definidas como referência, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2013c).

O tipo AD3 destina-se aos que possuam problemas de saúde e dificuldade/impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, “com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde”. Nessa modalidade, é necessário que exista pelo menos um dos critérios de inclusão no tipo AD2 e: necessidade do uso de, no mínimo, um dos equipamentos/procedimentos, Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); Pressão Aérea Positiva por dois Níveis

(BIPAP); diálise peritoneal; ou paracentese. Também, na AD3 “será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais” (BRASIL, 2013c).

O Programa Melhor em Casa estabelece diferentes modalidades de atendimento, dependendo da caracterização do paciente, do tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado:

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, 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 e integrada às redes de atenção à saúde;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e será estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (BRASIL, 2013c).

O maior propósito do ‘Melhor em Casa’, na atual conjuntura da saúde no Brasil, é contribuir com a desospitalização, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (2019a) essa estratégia permite que usuários internados continuem o tratamento em casa, abreviando o tempo da internação e, por conseguinte, otimiza-se recursos.

Contudo, o programa ‘Melhor em Casa’ apresenta fragilidades, em alguns casos, por exemplo, os 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). Em outros casos, o recurso é escasso para dar a devida atenção ao paciente. Ainda, deve-se considerar a falta de comunicação como uma fragilidade, afetada pela falha nas relações entre equipe-paciente-família (SOUZA *et al.*, 2014).

A estrutura do domicílio para a realização da atenção domiciliar condicionada pela falta de saneamento e a carência das famílias dos pacientes, também, são apontados como dificuldade no desenvolvimento da AD, já que esses pacientes procuram atendimento no SUS,

justamente pela falta de recursos (INGLETON *et al.*, 2009). A falta de adequação do espaço físico pode ser empecilho, justamente, porque esses pacientes muitas vezes precisam de espaços com acessibilidades e adaptados às suas necessidades. A falta de recursos financeiros torna-se um problema, por vários motivos, mas principalmente, porque esses pacientes muitas vezes necessitam de aparatos como equipamentos de oxigenoterapia, camas e colchões especiais, barras de segurança, medicamentos, que nem sempre é de acesso fácil ou mesmo gratuito (FIGUEIREDO; TURATO, 2010).

2.3 A Problemática da Desospitalização

Comumente fala-se em superlotação de leitos, falta de medicamentos e de profissionais especializados, o que favorece o uso impróprio dos recursos em saúde. De outro lado, urge estabelecer meios de contribuir com o sistema público de saúde, especialmente, porque a situação atual de saúde no Brasil e no mundo está caracterizada pela prevalência de doenças crônicas. Fato decorrente da mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população, que carece, cada vez mais, da assistência hospitalar (SILVEIRA; DEVENS; CUPERTINO, 2019).

Sabe-se, no entanto, que não cabe apenas aos hospitais disporem de recursos técnicos e financeiros para atuarem junto à população. Daí surgiu a necessidade de implementar as RAS, em que faz parte os cuidados intermediários. E como destacado anteriormente, a AD surge, nesse cenário, como modalidade assistencial complementar e substitutiva à hospitalar, para aqueles pacientes crônicos, estáveis clinicamente (BRASIL, 2016). A ideia da desospitalização é proporcionar aos usuários uma continuidade aos seus cuidados no próprio domicílio, ou ainda, oferecer meios de uma recuperação mais rápida na busca de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Na perspectiva do cuidado ao idoso, no caso de internação hospitalar por motivo de doença, os profissionais de saúde devem prepará-lo o quanto antes para que possa retornar para casa em condições físicas, psicológicas e sociais independentes (SILVA *et al.*, 2020). Cabe ressaltar, que esse processo de desospitalização deve ser pensado para pessoas de qualquer idade, e que possam ser assumidas no 'Melhor em Casa'.

Uma das primeiras vezes em que se discutiu a desospitalização no Brasil foi em 1997, com o trabalho apresentado por Eugênio Villaça Mendes, professor de saúde pública e consultor da Organização Mundial da Saúde, intitulado "A Reengenharia do Sistema de Serviços de Saúde no Nível Local: a Gestão da Atenção à Saúde". Referiu-se à desospitalização como o

pilar central da revolução que ocorre no setor de saúde. Mesmo porque, essa era uma prática já exercida por outros países e que vinham ganhando destaque pela eficácia, como, por exemplo, na Holanda com o programa chamado "substituição", no Canadá com a "desinstitucionalização" e nos Estados Unidos "atenção gerenciada". Uma das peças centrais dessas mudanças foi a busca da racionalização e redução dos leitos hospitalares (CASTRO *et al.*, 2018).

A desospitalização expõe desafios especialmente no que se refere à aceitação da família e os diversos empecilhos quanto ao cuidador. Ela provoca mudança generalizada na vida dos familiares, podendo causar: sobrecarga física e psicológica, mudanças organizacionais, pessoais e coletivas à vida dos familiares, e consequências negativas para a vida do cuidador e até mesmo do paciente (BRASIL, 2012a).

Quanto ao atraso na alta hospitalar, tem-se que seja devido, principalmente, a fatores relacionados aos processos de trabalho, como a falta de planejamento de alta ou de programação de suporte extra-hospitalar. Fato preocupante num cenário de relativa escassez de leitos e longa espera por internação (SILVA *et al.*, 2014).

Falhas na organização e no planejamento do processo de desospitalização não favorecem a integralidade e a continuidade do cuidado em domicílio. Entre elas, destacam-se: fragilidades no processo que envolve questões de implementação, sistematização e reorganização interna (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

A proposta do 'Melhor em Casa' estabelece que a estratégia de alta programada deva ser uma prática reforçada entre os profissionais que compõem a equipe do hospital. Essa prática é uma das ferramentas necessárias à desospitalização. Para isso, os profissionais devem reservar um espaço para discussão dos casos passíveis de transferência da assistência para a AD, visando promover a longitudinalidade do cuidado em domicílio (BRASIL, 2012c).

No quesito transferência do cuidado, a Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar das RAS:

Art. 16- A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de

- I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
- III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013d).

Um dos eixos centrais da AD é a "desospitalização", cuja finalidade é proporcionar agilidade na alta e dar continuidade à enfermagem no domicílio, com base na manutenção do cuidado sistêmico. Ela propõe minimizar as complicações clínicas, reduzir os riscos de infecções hospitalares e fornecer suporte emocional necessário aos pacientes em estado crítico ou terminal e suas famílias; orientando e determinando o papel do cuidador (CASTRO, 2016).

A desospitalização também impacta em economia para os cofres públicos. O Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012b) ressalta os benefícios da desospitalização:

a) humanização da atenção; b) mais conforto para o usuário e sua família; c) minimização de intercorrências clínicas; d) o usuário não fica exposto à infecção hospitalar; e) disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar; f) tendência a menos uso de exames/medicamentos de forma desnecessária; g) aumento dos leitos de retaguarda às urgências/emergências; h) otimização de recursos; i) promoção de autonomia dos usuários e familiares, por meio da capacitação de familiares, cuidadores e do próprio usuário para o cuidado em seu próprio ambiente de produção de vida (BRASIL, 2012b).

A desospitalização está relacionada à humanização, o que permite aos indivíduos uma recuperação mais rápida em casa (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009). A AD pode não só evitar internações desnecessárias em serviços de emergência, como também desinstitucionalizar os usuários dos serviços de internação (BRASIL, 2012b). Considera-se que “o sistema de atenção domiciliar é uma estratégia implantada como processo de desospitalização é tendência mundial” (VASCONCELOS *et al.*, 2015, p.111).

A estratégia de alta planejada deve ser praticada entre os profissionais que compõem a equipe hospitalar, definindo critérios de elegibilidade e negociando com usuários e familiares (BRASIL, 2012b). Essa abordagem é uma das ferramentas necessárias para a desospitalização. É importante que os profissionais reservem espaço para discutir os casos que podem ser transferidos para o ‘Melhor em Casa’, com intuito de levar em consideração as necessidades e características da AD para promover a continuidade e integridade do cuidado (BRASIL, 2013a).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar o perfil demográfico e clínico dos pacientes em alta hospitalar assumidos pelo ‘Melhor em Casa’ para abranger as disposições da atenção primária à saúde ao processo de desospitalização.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever características demográficas e clínicas dos pacientes assumidos pelo ‘Melhor em Casa’ após alta de hospital de grande porte, referência no norte de Minas Gerais, Brasil;
- Comparar idades dos pacientes conforme sexo, utilização de sondas, traqueostomia, ostomia, lesão por pressão, dificuldade de locomoção e doenças pré-existentes à internação;
- Analisar condições clínicas (uso de sonda, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão) conforme sexo, faixa etária idosa, estar acamado e apresentar doenças prévias à internação;
- Criar estratégias a partir de produtos técnicos que contribuam com a desospitalização e a integração/comunicação entre gestão hospitalar e gestão pública de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo transversal analítica.

4.2 Estudo Transversal Analítico

Seguindo a classificação dos tipos de estudo em epidemiologia, no delineamento transversal analítico “há grupo de estudo e controle, formado durante o desenrolar da própria investigação, de modo que permitem gerar as tabelas 2 x 2” (PEREIRA, 2015: p.278). Nesse delineamento a relação exposição-doença (desfecho) em uma população é investigada em um momento específico para fornecer um quadro da situação naquele momento, ou seja, os dados são coletados em um mesmo momento, podendo se referir ao atual momento e ao passado (PEREIRA, 2015). Portanto, a atual investigação apresenta características do delineamento transversal analítico: os dados se referem a um período do passado (2016-2019), foram coletados no mesmo momento (em 2020) e os grupos comparativos foram formados durante o tratamento estatístico, no desenrolar do próprio estudo.

4.3 Campo de investigação

A pesquisa foi realizada no âmbito do Hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês (Santa Casa), em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, CNES 2149990. Essa escolha se deve a sua classificação como um hospital de grande porte do norte de Minas; referência para alta complexidade com várias especialidades, e que recebe também pacientes de outras instituições após avaliação da central de regulação de leitos. O fluxo de atendimento e internação hospitalar é intenso por atender a demanda local e das cidades circunvizinhas.

4.4 População/Fonte de dados do estudo

Foram coletados dados secundários de prontuários de saúde de pacientes com alta hospitalar e assumidos para assistência domiciliar pela equipe do programa ‘Melhor em Casa’, na rede SUS, em Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil, entre 2016-2019.

4.5 Critérios de inclusão

Foram inclusos prontuários/informações de pacientes internados nas enfermarias do hospital, no período proposto no protocolo do estudo, independente da idade e do sexo, com desospitalização após data da alta médica e assumidos pela equipe de saúde do ‘Melhor em Casa’. O recorte do período 2016-2019 se deve à data de informatização dos dados dos pacientes, no âmbito hospitalar, viabilizando a coleta de dados.

4.6 Critérios de exclusão

Prontuários com ausência de informações necessárias aos propósitos do estudo e aqueles referentes aos pacientes da área materno, por se tratar de perfil diferenciado, sem indicações para acompanhamento no ‘Melhor em Casa’.

Ressalta-se quanto ao critério ausência de informações nos prontuários, que durante a coleta de dados nenhum documento foi excluído por esse motivo.

4.7 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no hospital, em 2020, e se referem ao período de análise de quatro anos, 2016-2019. Eles são oriundos dos prontuários médicos existentes no MV 2000, Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH) de pacientes que estavam internados antes de serem assumidos pelo ‘Melhor em Casa’.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um formulário elaborado pelos próprios pesquisadores (APÊNDICE C). Os itens do formulário contêm variáveis que dizem respeito ao perfil demográfico do paciente, aos dados de internação e do quadro de saúde, assim como período entre alta médica e alta hospitalar, diagnóstico e especialidade, data e horário da alta médica e data e horário da alta hospitalar.

O artigo científico que compõe esta dissertação analisa parte das variáveis coletadas na pesquisa: idade, sexo (feminino e masculino); limitação de locomoção (acamados, cadeirantes, dificuldade para andar), existência de doenças prévias à internação hospitalar (sim, não), necessidade de uso de sondas (sim, não), traqueostomizado (sim, não), ostomias (sim, não), lesão por pressão – LPP (sim, não). A variável idade foi categorizada em ≥ 60 anos (idosos) e < 60 anos (não idosos); limitação de locomoção foi categorizada em acamados (sim, não).

Para assegurar o anonimato das informações, utilizou-se uma codificação dos nomes no formulário de coleta de dados, de forma a evitar a identificação dos pacientes.

4.8 Tratamento dos dados

Após a coleta das informações, foi criado um banco de dados no programa IBM® SPSS®, versão 22.0 para tratamento estatístico descritivo e analítico. A descrição dos dados deu-se por valores absolutos e percentuais, calcularam-se as médias com intervalos de confiança 95% (IC95%) e desvios padrão; as medianas e, os valores mínimos e máximos.

A estatística analítica foi conduzida por meio de testes para comparações de medianas das idades dos pacientes, pelo teste não paramétrico *Mann Whitney*, após verificada a não normalidade da distribuição dos dados, pelo teste *Kolmogorov Smirnov* ($p < 0,05$). Foram efetuadas análises bivariada e múltipla pela Regressão de Poisson, com variância robusta, e estimadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, com respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%).

A análise de Regressão de Poisson foi aplicada considerando as seguintes variáveis como dependentes: uso de sonda, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão (LPP). As variáveis independentes na análise foram: sexo, idosos ≥ 60 anos (sim, não), acamados (sim, não) e doenças prévias (sim, não). Para todos os testes foi considerado o nível de significância $p < 0,05$. A análise estatística foi proposta para testar a seguinte hipótese: diferentes condições de saúde, como uso de sondas, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão se associam a perfis demográficos e clínicos distintos.

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida considerando todos os aspectos éticos recomendados na Resolução nº 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que estipula as normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa teve apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, parecer 3.582.723, autorização da Instituição hospitalar para coleta de dados, por meio do Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa (APÊNDICE A), que também foi assinado pela pesquisadora responsável pela coleta de dados do estudo, mestranda em Cuidado Primário em Saúde, programa vinculado à Unimontes.

Os riscos que a pesquisa ofereceu na etapa de avaliação documental, no âmbito hospitalar, se relacionam com a possível quebra do sigilo de informações contidas no prontuário de saúde. Para minimizá-los, durante o processo de extração dos dados, todos os casos receberam um código numérico a partir do número 1 (um), ou seja, não constou identificação dos usuários no formulário dos pesquisadores. Todos os resultados foram apresentados por meio de valores numéricos, a partir da quantificação das variáveis.

Além do mais, o acesso aos prontuários de saúde foi permitido apenas à pesquisadora (mestranda), que já atua como trabalhadora de saúde, enfermeira, no hospital cenário do estudo. A condução do estudo também contou com o ‘Termo de Responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos de arquivos de saúde’ (ANEXO B), que foi assinado pela referida pesquisadora, que se comprometeu a resguardar o sigilo e ter zelo com os dados coletados. Todos os outros pesquisadores tiveram acesso apenas ao banco de dados numéricos consolidados, ou seja, sem qualquer tipo de identificação dos pacientes.

Quanto aos benefícios, os gestores e funcionários do hospital foram esclarecidos, a partir dos resultados da pesquisa, sobre os indicadores de desospitalização e de atenção domiciliar em Montes Claros. Os dados gerados, também, foram/serão divulgados junto à comunidade, em eventos científicos e em futuras publicações.

5 PRODUTOS

Esta dissertação contempla um artigo científico, de forma a servir de base teórica para outros estudos que abranjam não apenas a área da enfermagem, mas outras áreas da saúde, sejam assistenciais ou não, que tenham intenção de ampliar conhecimentos sobre pacientes desospitalizados e assumidos no 'Melhor em Casa'. Contribui, também, para a área temática de gestão em saúde pública.

O artigo intitula-se: Perfil demográfico e clínico de pacientes em alta hospitalar assumidos pelo 'Melhor em Casa' e foi formatado conforme normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Além do artigo científico, foram publicados nove (9) resumos em Anais de eventos científicos, durante o processo de mestrado (ANEXOS).

5.1 ARTIGO

Perfil demográfico e clínico de pacientes em alta hospitalar assumidos pelo ‘Melhor em Casa’

Resumo

O ‘Melhor em Casa’ é um programa de atenção domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil demográfico e clínico de pacientes em alta hospitalar assumidos pelo ‘Melhor em Casa’. Estudo com delineamento transversal analítico, conduzido com dados secundários, a partir de prontuários de saúde de pacientes que obtiveram alta hospitalar e foram referenciados para atenção domiciliar, em cidade de Minas Gerais, entre janeiro de 2016 a dezembro de 2019. Métodos de análise bivariada e múltipla foram realizados. Compararam-se as medianas de idade dos pacientes e verificaram-se associações entre condições clínicas e perfil, com nível de significância $p < 0,05$. Foram analisados dados de 254 pacientes. O perfil foi majoritariamente formado por homens (56,3%), idosos (57,9%), pessoas com doenças prévias à internação hospitalar (80,3%), na condição de acamados (90,6%) e com necessidade de sondas (74,4%). Os homens comparados às mulheres apresentaram menor idade ($p = 0,030$) e maior frequência para uso de sondas ($p < 0,05$). Os acamados apresentaram maior prevalência para uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de lesão por pressão ($p < 0,05$). A delimitação do perfil demográfico e clínico dos pacientes pode subsidiar planejamento de intervenções apropriadas. O envelhecimento da população é um fator que estimula o sistema de saúde a implementar novos modelos de atenção, como o domiciliar.

Palavras-Chave: pacientes domiciliares, atenção primária à saúde, assistência à saúde.

ABSTRACT

‘Best at Home’ is a home care program within the scope of the Unified Health System. This work aims to analyze the demographic and clinical profile of patients discharged from hospital under the ‘Best at Home’. Study with analytical cross-sectional design, conducted with secondary data, from the medical records of patients who were discharged from hospital and were referred for home care, in the city of Minas Gerais, between January 2016 and December 2019. Methods of bivariate and multiple tests were performed. The patients’ median age was compared and associations between clinical conditions and profile were found, with a significance level of $p < 0.05$. Data from 254 patients were analyzed. The profile was mostly formed by men (56.3%), elderly (57.9%), people with diseases previous to hospitalization (80.3%), in bed condition (90.6%) and in need of probes (74.4%). Men compared to women were younger ($p = 0.030$) and had a higher frequency of using probes ($p < 0.05$). Bedridden patients had a higher prevalence for the use of tube, tracheostomy, ostomy and presence of pressure injury. The delimitation of the demographic and clinical profile of patients can support the planning of appropriate interventions. The aging of the population is a factor that encourages the health system to implement new models of care, such as home care.

Keywords: Home-based patients, primary health care, health care.

Introdução

A atenção domiciliar (AD) é uma das atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial da equipe da Estratégia de Saúde da Família¹. A estreita relação da APS com o cidadão pode definir os resultados, pois os agentes de saúde se adaptam às necessidades da população com mais flexibilidade. Contudo, para que o cuidado domiciliar seja eficaz, faz-se necessário definir os critérios de admissão do paciente, de forma clara, para evitar o consumo desnecessário de tempo e o abandono das situações de saúde com maior complexidade².

A AD vem se fortalecendo como um dispositivo potencial para interligar os setores de saúde assistenciais. Busca meios de avançar na integralidade do serviço de saúde. Tem por base o conhecimento aprofundado do usuário, de suas necessidades, rotinas, cultura e de sua família³. Vêm, portanto, tomando novos rumos, no sentido de dar novos significados com o amparo da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), instituída no Brasil, em 2011. Mais recentemente, a Portaria nº 825/2016 redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas⁴.

A relevância da PNAD se caracteriza por integralizar a saúde pública primária, a partir da intervenção da AD à saúde hospitalar. A PNAD promoveu maior centralidade das ações clínica, administrativa, a partir da implementação de medidas relacionais, educacionais e técnicas, dentre as quais está inserido o programa ‘Melhor em Casa’³.

O ‘Melhor em Casa’ foi criado em 24 de agosto de 2011, no Brasil, por meio do Decreto nº 2.029, para aprimorar e ampliar o atendimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aos pacientes que podem ficar em casa junto com seus familiares, como forma de ampliar o cuidado humanizado¹.

A ideia central do ‘Melhor em Casa’ é o atendimento domiciliar, que trata de uma modalidade de atenção à saúde que não substitui, mas complementa os tratamentos existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações, que envolve promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças no domicílio, de forma a garantir a continuidade do cuidado integrado na rede de atenção à saúde¹. Desse modo, o ambiente domiciliar proporciona um novo espaço para o cuidado, que vai além de ações técnicas e hospitalares⁵.

Outros propósitos da AD são: reduzir o tempo de permanência dos pacientes internados no hospital, promover melhor aproveitamento dos leitos hospitalares, reduzir os riscos de infecção¹, reduzir custos e organizar o cuidado centrado no usuário do serviço de saúde. As características demográficas e epidemiológicas colocam como missão o cuidado contínuo referentes às múltiplas doenças crônicas⁶. Importante, portanto, testar a hipótese que

diferentes condições de saúde, como uso de sondas, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão se associam a perfis demográficos e clínicos distintos.

Discutir o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de atenção domiciliar pode auxiliar no planejamento do cuidado ao indivíduo e também na implementação de intervenções mais acertadas na atenção à saúde. Entretanto, constata-se uma carência de publicações nessa linha temática^{7,8}. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o perfil demográfico e clínico de pacientes em alta hospitalar assumidos pelo ‘Melhor em Casa’.

Metodologia

O presente estudo tem delineamento transversal analítico, conduzido com dados secundários, a partir de prontuários de saúde de pacientes que obtiveram alta hospitalar e foram assumidos no ‘Melhor em Casa’ da rede de serviços públicos de saúde de Montes Claros, polo norte de Minas Gerais, Brasil. Os dados se referem ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, e foram coletados em 2020. Os prontuários estão armazenados no MV 2000, Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH).

Como padrão de implantação do programa ‘Melhor em Casa’, a população municipal deve ser igual ou superior a 20.000 habitantes, tomando por base a última população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ter hospitais de referência no município e serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) ou 192 ou similar¹. O município de Montes Claros tem um contingente populacional de cerca de 400.000 habitantes, e conta com quatro equipes do ‘Melhor em Casa’.

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: pacientes com alta hospitalar assumidos para AD no ‘Melhor em Casa’, entre janeiro de 2016 a dezembro de 2019, independente de idade e sexo.

Analisaram-se as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino), idade, limitação de locomoção (acamados, cadeirantes, dificuldade para andar), existência de doenças prévias à internação hospitalar (sim, não), necessidade de uso de sondas (sim, não), traqueostomizado (sim, não), ostomias (sim, não) e lesão por pressão – LPP (sim, não). As variáveis idade e limitação de locomoção foram dicotomizadas em: idosos com idade igual e maior que 60 anos (sim, não) e em ‘acamados’ (sim, não).

Os dados descritivos foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Calcularam-se as médias (desvios padrão) das idades e respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%), medianas, mínimos e máximos. As medianas de idade foram analisadas conforme

sexo e variáveis relacionadas ao perfil clínico pelo teste *Mann Whitney*, devido a não normalidade dos dados pelo teste *Kolmogorov-smirnov* ($p < 0,05$).

Análises bivariada e múltipla foram efetuadas pela Regressão de Poisson, com variância robusta, e estimadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, com respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%). As seguintes condições clínicas foram consideradas variáveis dependentes: uso de sonda, traqueostomia, ostomia e lesão por pressão (LPP). As variáveis independentes foram: sexo, idosos ≥ 60 anos, acamados e presença de doenças prévias. Para todos os testes considerou-se o nível de significância $p < 0,05$. O tratamento estatístico foi processado no *software IBM® SPSS®*, versão 22.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, parecer nº 3.582.723. Garantiu-se o anonimato e a confidencialidade dos dados extraídos dos prontuários de saúde.

Resultados

Em quatro anos foram assumidos na modalidade de atendimento domiciliar na rede SUS, no ‘Melhor em Casa’, 254 pacientes procedentes de alta hospitalar.

O perfil demográfico dos pacientes mostrou uma maioria do sexo masculino (56,3%) e com idade igual ou maior que 60 anos (57,9%). A idade variou de um a 105 anos, sendo a média igual a 58,84 ($\pm 25,1$), e a mediana 63,5 anos. Com relação ao perfil clínico, 80,3% dos pacientes apresentavam doenças pré-existentes à internação hospitalar. Na alta hospitalar foram observadas limitações de locomoção, sendo 90,6% dos pacientes na situação de acamados, 6,3% cadeirantes e 3,2% apresentavam dificuldades para andar. Na tabela 1 observa-se que a maioria dos pacientes foi para o serviço de AD com necessidade do uso de sondas (74,4%).

Tabela 1. Perfil clínico dos pacientes assumidos pelo ‘Melhor em Casa’ após alta hospitalar.

Variável	Condições clínicas	
	N	%
Uso de Sondas	189	74,4
Traqueostomizado	89	35,0
Ostomias	97	38,2
Lesão por pressão (LPP)	101	39,8

Quando analisada a idade dos pacientes conforme sexo, constatou-se que os homens apresentaram menor mediana de idade (62 anos) quando comparados com as mulheres ($p = 0,030$). A idade dos sujeitos com traqueostomia e com ostomia foi menor comparados com

aqueles sem essas condições ($p < 0,05$). Para uso de sondas e lesão por pressão não foi detectada diferença estatística entre as idades dos pacientes, assim como para limitação de locomoção. Pessoas com doenças pré-existentes, na data da internação hospitalar, apresentaram maior idade quando comparadas aos pacientes sem doenças (Tabela 2).

Tabela 2. Descritiva da idade dos pacientes e comparação das medianas conforme sexo e condição clínica.

Variáveis		Média IC95%*	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
Sexo	Feminino	62,80 58,24-67,37	24,266	66,0	1	105	0,030
	Masculino	55,74 51,49-59,99	25,525	62,0	2	102	
Uso de Sondas	Sim	57,07 53,25-60,89	26,261	62,0	1	102	0,166
	Não	63,98 59,19-68,78	19,339	66,0	9	105	
Traqueostomia	Sim	49,69 43,98-55,40	27,104	57,0	1	92	<0,001
	Não	63,78 60,32-67,25	22,543	67,0	2	105	
Ostomia	Sim	51,59 46,14-57,04	27,051	57,0	1	102	0,001
	Não	63,32 59,73-66,92	22,782	67,0	2	105	
Lesão por pressão	Sim	63,19 59,17-67,20	20,335	64,0	14	105	0,170
	Não	55,97 51,58-60,37	27,501	63,0	1	100	
Dificuldade de locomoção	Acamados	58,67 55,33-62,01	25,678	64,0	1	105	0,805
	Cadeira/dificuldade locomoção	60,50 52,43-68,57	19,120	58,0	26	98	
Doenças pré-existentes	Sim	61,74 58,26-65,22	25,210	66,0	1	105	<0,001
	Não	47,02 41,03-53,01	21,074	43,5	2	88	

*IC95% - Intervalo de Confiança 95%, p valor para teste *Mann Whitney*.

Entre as pessoas com registro de doenças pré-existentes, 53,4% eram homens, no entanto sem diferença significativa quando comparados às mulheres ($p = 0,063$); também para pacientes em situação de acamados, a maior frequência foi para homens (57,4%), $p = 0,277$.

O uso de sonda nos homens foi 11% maior que entre as mulheres (RP = 1,11) e 35% maior entre os que receberam alta hospitalar na condição de acamados (RP = 1,35), com significância estatística. Entre os traqueostomizados, a maior prevalência ficou para os pacientes com idade menor que 60 anos (RP = 1,14) e entre os acamados (RP = 1,16), com significância estatística ($p < 0,05$). Apesar dos homens apresentarem maior prevalência de

registro de traqueostomia na análise bivariada, a variável sexo não permaneceu associada na análise múltipla (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise bivariada e múltipla (Regressão de Poisson) para variáveis associadas ao uso de sonda e traqueostomia em pacientes referenciados para atenção domiciliar.

Variáveis	Uso de Sonda					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)*	p	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	73(65,8)	38(34,2)	1	0,005	1	0,010
Masculino	116(81,1)	27(18,9)	1,13(1,04-1,23)		1,11(1,03-1,21)	
Idosos (≥60 anos)						
Sim	105(71,4)	42(28,6)	1	0,195	-	-
Não	84(78,5)	23(21,5)	1,05(0,97-1,15)			
Acamados						
Não	8(33,3)	16(66,7)	1	<0,001	1	<0,001
Sim	181(78,7)	49(21,3)	1,37(1,22-1,54)		1,35(1,20-1,52)	
Doenças prévias						
Sim	151(74,0)	53(26,0)	1	0,771	-	-
Não	38(76,0)	12(24,0)	1,02(0,91-1,13)			
Variáveis	Traqueostomizado					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	n(%)	n(%)	RP(IC95%)	p	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	31(27,9)	80(72,1)	1	0,033	-	-
Masculino	58(40,6)	85(59,4)	1,08(1,01-1,16)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	39(26,5)	108(73,5)	1	0,001	1	0,001
Não	50(46,7)	57(53,3)	1,14(1,05-1,22)		1,14(1,05-1,22)	
Acamados						
Não	3(12,5)	21(87,5)	1	0,001	1	<0,001
Sim	86(37,4)	144(62,6)	1,15(1,06-1,25)		1,16(1,08-1,27)	
Doenças prévias						
Sim	68(33,3)	136(66,7)	1	0,270	-	-
Não	21(42,0)	29(58,0)	1,05(0,96-1,16)			

*IC95% - Intervalo de Confiança 95%. RP – Razão de Prevalência.

A ostomia se mostrou associada com a idade, apresentando maior prevalência entre os pacientes não idosos (RP = 1,10) e entre aqueles na condição de acamados na alta hospitalar (RP = 1,14), com $p < 0,05$. Para lesão por pressão, os acamados apresentaram 22% de maior prevalência quando comparados aos pacientes cadeirantes/com dificuldade de andar, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Análise bivariada e múltipla (Regressão de Poisson) para variáveis associadas à ostomia e lesão por pressão em pacientes referenciados para atenção domiciliar.

Variáveis	Ostomia					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)*	p	RP(IC95%)	p

Sexo						
Feminino	37(33,3)	74(66,7)	1	0,156	-	-
Masculino	60(42,0)	83(58,0)	1,06(0,98-1,14)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	47(32,0)	100(68,0)	1	0,018	1	0,011
Não	50(46,7)	57(53,3)	1,10(1,02-1,18)		1,10(1,02-1,19)	
Acamados						
Não	5(20,8)	19(79,2)	1	0,025	1	0,014
Sim	92(40,0)	138(60,0)	1,12(1,01-1,23)		1,14(1,03-1,25)	
Doenças prévias						
Sim	77(37,7)	127(62,3)	1	0,771	-	-
Não	20(40,0)	30(60,0)	1,01			
Lesão por pressão						
Variáveis	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)	p	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	43(38,7)	68(61,3)	1	0,768	-	-
Masculino	58(40,6)	85(59,4)	1,01(0,94-1,09)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	64(43,5)	83(56,5)	1	0,145	-	-
Não	37(34,6)	70(65,4)	0,94(0,88-1,02)			
Acamados						
Não	2(8,3)	22(91,7)	1	<0,001	1	<0,001
Sim	99(43,0)	131(57,0)	1,22(1,14-1,32)		1,22(1,14-1,30)	
Doenças prévias						
Sim	84(41,2)	120(58,8)	1	0,335	-	-
Não	17(34,0)	33(66,0)	0,96(0,88-1,05)			

*IC95% - Intervalo de Confiança 95%. RP – Razão de Prevalência.

Discussão

Este estudo apresenta o perfil demográfico e clínico de 254 pacientes referenciados para o atendimento domiciliar, no âmbito do programa ‘Melhor em Casa’, no SUS, em cidade de Minas Gerais, Brasil. O perfil dos pacientes foi majoritariamente formado por homens, idosos, pessoas com doenças prévias à internação hospitalar, na condição de acamados e com necessidade de uso de sondas.

A predominância da faixa etária idosa entre pacientes que utilizam o serviço de atendimento domiciliar também foi observada em outros estudos^{7, 9, 10,11, 12}. Apesar de dois deles se referirem a período anterior à implantação do programa Melhor em Casa, destaca-se que os estudos foram conduzidos em localidades onde já se prestavam ações semelhantes ao desse Programa⁹.

Deve-se destacar que além da necessidade de cuidados contínuos relacionados ao envelhecimento da população, outras condições são passíveis de cuidados, de longa duração, tais como bebês prematuros, sequelas e doenças crônicas, doenças degenerativas, cuidados paliativos, suporte de vida e reabilitação¹³; o que explica a ampla variação de idade dos pacientes investigados neste estudo, de um a 105 anos.

As mulheres apresentaram maior mediana de idade quando comparadas aos homens, mas ambas acima de 60 anos. A maior frequência de idosos pode estar relacionada ao aumento na expectativa de vida e à prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária. Condições que tornam as pessoas mais propensas a necessitarem de cuidados domiciliares¹⁰. Quanto ao maior percentual de homens entre os investigados, constatam-se resultados divergentes em outros estudos^{7,9,11}.

A maioria dos pacientes estava na condição de acamados, resultado que corrobora pesquisa com 131 pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar⁷. A falta de mobilidade se encontra entre as morbidades critério para o paciente entrar no programa Melhor em Casa¹². O fato de ser acamado foi associado ao uso de sonda, à traqueostomia, à ostomia e à LPP, condições que fragilizam ainda mais os pacientes incapacitados de locomoção.

Outra tendência observada no estudo foi o uso de sonda para a maioria dos pacientes, independente da idade, mas com maior percentual e associação estatística entre homens e acamados. Em relação à alimentação, o estudo de Carnauba *et al.*¹⁴, mostra que a maioria dos pacientes faz uso de sonda por via oral (64%). Nos serviços públicos a frequência do uso de tubo nasal de SNE (sonda nasoenteral) ou SNG (sonda nasogástrica) é maior que a de gastrostomia, que tem maior custo para o SUS e, por ser um procedimento cirúrgico com maior dificuldade de se realizar.

Como apresentado neste estudo, há variação no perfil clínico do paciente assumido no 'Melhor em Casa'. Quanto ao perfil de elegibilidade do paciente para AD, o Ministério da Saúde estabelece que seja para aqueles com estabilidade clínica, e quando a atenção domiciliar for considerada uma oferta oportuna para tratamento. Pode ser de palição, ou reabilitação ou prevenção dos agravos, considerando a autonomia do paciente, dos familiares e cuidadores⁴. Nas situações em que não existe a equipe do 'Melhor em Casa' em municípios, sem porte populacional para terem o serviço de AD ou mesmo que ainda não tenham definido a implantação desse serviço, as equipes de Atenção Primária poderão se tornar referências para todos os usuários em AD¹⁵.

Ainda de acordo com os resultados da presente pesquisa, a traqueostomia e a ostomia foram mais prevalentes entre os pacientes não idosos e nos acamados ($p < 0,05$). Todavia essas morbidades podem ser condições que implicam no enquadramento do paciente nas modalidades do tipo 'AD2' ou 'AD3', pré-requisitos para admissão no 'Melhor em Casa'¹. As múltiplas comorbidades representam características comuns no perfil de pacientes inseridos nos serviços de AD^{16,17,18}. Os resultados do presente estudo demonstram que os pacientes apresentam

múltiplas necessidades de acompanhamento, com condições de saúde adequadas aos critérios de elegibilidade do ‘Melhor em Casa’.

O grau de dependência com o ‘Melhor em Casa’ varia conforme a complexidade do quadro de saúde do paciente. Quanto maior o grau de complexidade, maior o grau de dependência. Outro estudo, com plano de assistência domiciliar para 2.934 pacientes, constatou que 53% dos pacientes de alta complexidade eram totalmente dependentes¹⁷, confirmado pelo presente estudo, com mais de 90,0% de pacientes em situação de acamados.

São muitos os critérios para o paciente ter acompanhamento pelo ‘Melhor em Casa’. Além dos problemas de mobilidade, como citado anteriormente, pode-se destacar outras morbidades: feridas, uso de antibióticos para dificuldades respiratórias e uso de suporte ventilatório¹². No atual estudo, os pacientes apresentavam doenças pré-existentes à internação hospitalar, o que sugere fragilidade na condição de saúde.

Os problemas mais frequentes em pacientes com atenção domiciliar são: pneumonia, diabetes, tuberculose e leishmaniose visceral¹⁰; problemas neurológicos^{9, 14}, tumores^{9, 14}, problemas ósseos e cardiorrespiratórios⁹; além de doenças vasculares⁷ e, lesões/úlceras por pressão^{7, 19}. Muitas, dessas doenças, são mais prevalentes entre idosos, em concordância com o perfil demográfico encontrado nos pacientes que demandaram o serviço do ‘Melhor em Casa’ após alta hospitalar.

As ações realizadas em âmbito domiciliar visam satisfazer as necessidades humanas básicas, proporcionando conforto, satisfação e restaurando o equilíbrio das funções psico, bio e fisiológicas. Necessidades essenciais para sustentar a vida, comuns a todas as pessoas¹³ que necessitam de continuidade do cuidado após alta hospitalar.

Pacientes com alta hospitalar são referenciados para o ‘Melhor em Casa’ quando demandam continuidade de cuidados especiais, no âmbito domiciliar. Quanto ao acesso ao serviço de AD, compreendê-lo é um processo que vai além da quantidade de serviços existentes e dos diferentes níveis de acessibilidade na rede de atenção. Inclui a qualidade da assistência prestada por meio do atendimento humanizado²⁰ e uma comunicação articulada entre os diferentes pontos de atenção do SUS, sendo um alicerce para a transversalidade²¹.

Reconhece-se, com isso, a importância do atendimento domiciliar, e ao mesmo tempo a necessidade desse serviço pelo SUS. Conquanto, seguindo esse aumento progressivo da população da cidade do estudo, bem como, de seus entornos que tem como referência o hospital onde foi realizado o estudo, para várias especialidades, entende ser necessário ampliar, não só as equipes do ‘Melhor em Casa’ em si, mas aumentar suas possibilidades técnicas.

Para selecionar pacientes do ‘Melhor em Casa’, avalia-se a elegibilidade e classifica-se a complexidade do cuidado proposto. A partir daí, podem-se mobilizar os recursos materiais e humanos necessários para assistência de qualidade e determinar o custo do serviço proposto³.

O estudo mostrou também, uma maior frequência de pacientes com lesão por pressão entre os acamados, em concordância com outra investigação²². Mesmo para os pacientes sem LPP, mas quando na condição de acamados, já se colocam em maior risco de desenvolvimento dessas lesões¹¹.

A atenção domiciliar é uma opção comprovadamente segura e eficaz para pacientes com doenças crônicas ou agudas²³. Dentre outros benefícios, fica evidente que ela reduz a incidência de infecções nosocomiais, permite tratamentos específicos para determinadas doenças e, por fim, libera leitos no hospital para pacientes que necessitam de tratamentos mais complexos¹⁰. Mas também, reconhece-se que é cada vez mais importante em diferentes organizações sociais e de saúde, o aumento dos serviços de AD como uma alternativa viável e promissora.

A AD deve possibilitar que as pessoas vivenciem um novo tipo de assistência à saúde, que reúne conhecimento e tecnologia. Baseia-se na situação real de cada pessoa conforme a sua necessidade. Proporciona um atendimento personalizado e mais humano. Portanto, a AD visa possibilitar que o paciente e sua família se recuperem mais rapidamente⁹.

Contempla-se, assim, em dizer que os benefícios desse sistema não são direcionados apenas ao paciente, mas em todas as esferas que o permeiam, inclusive na alocação de recursos em saúde pública. Fato que justifica aprimorar e ampliar os serviços de AD, subsidiados no perfil demográfico e clínico dos usuários dessa modalidade de atenção à saúde.

Considera-se entre as limitações deste estudo, o fato de ainda não existir um sistema padronizado e tecnologicamente eficiente entre hospitais e APS, que possa servir de base de dados consubstanciados para investigar melhor os fluxos dos pacientes, referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção do SUS. Portanto, os dados foram coletados em prontuários de saúde de um hospital, após levantamento de pacientes admitidos no ‘Melhor em Casa’. Ressalta-se a importância do estudo ao investigar o perfil demográfico e clínico de pacientes admitidos no ‘Melhor em Casa’ após alta de hospital de grande porte, referência no norte de MG.

Conclusões

O perfil demográfico e clínico dos pacientes assumidos para atendimento domiciliar no âmbito do programa ‘Melhor em Casa’, no SUS, após alta hospitalar, apresentou em maior frequência para homens, idosos, indivíduos com doenças pré-existentes à internação hospitalar, acamados e usuários de sondas. O fato de ser acamado foi associado ao uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de lesão por pressão, colocando-os em situação de maior fragilização. Os homens apresentaram menor idade e maior frequência para necessidade de uso de sondas. Pacientes não idosos apresentaram maior frequência para condições de traqueostomizado e ostomia.

A delimitação e a análise do perfil demográfico e clínico dos pacientes pode subsidiar a elaboração de planejamento e a implementação de intervenções apropriadas. Destaca-se que o processo de envelhecimento da população é um fator que estimula o sistema de saúde a se atentar para os novos modelos de atenção, como o domiciliar. No entanto, considera-se, que essas novas estratégias médicas sejam relevantes para mudanças efetivas nas práticas de saúde, independente da faixa etária.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 28 out 2011.
2. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Bras Med Fam Comunidade* 2016; 11(38):1-12.
3. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Silva PM, Martins AC. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos. *Rev. Enferm. UFPE* 2014; 8(6):1561-1567.
4. 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. *Diário Oficial* 2016 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
5. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Panam Salud Publica* 2008; 4(3):180-188.
6. 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 May; 25(5):1863-1877. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
7. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* 2019; 10(3):112-118.
8. Nishimura F, Carrara A, Freitas CE. Atendimento domiciliar e internações hospitalares: Uma Análise utilizando um Desenho de Regressão Descontínua. In: Conference: 45º

- Encontro Nacional de Economia December* 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/325070737_Atendimento_domiciliar_e_internacoes_hospitalares_Uma_analise_utilizando_um_desenho_de_regressao_descontinua> Acesso em jun 2020.
9. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital do interior paulista. *Lat Am Enfermagem* 2004; 12(5):721-726.
 10. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JÁ, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Coletiva* 2011; 21(1):147-157.
 11. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Esc Enferm USP* 2013; 47(3):648-656.
 12. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? a percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm* 2017; 22(4):49660.
 13. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(3):903-912.
 14. Carnauba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2017; 20(3):352-362. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.
 16. Machado, DO; Silva, FM; Mahmud, SJ; Fengler, FL; Paskulin, LMG. Demandas assistenciais de um serviço de atenção domiciliar: estudo descritivo Online *Brazilian Journal Of Nursing - OBJN* v. 13, n. 3, 2014. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf. Acesso em Abril 2021.
 17. Biscione FM, Szuster D, Ferreira G, Turci MA, Lima Júnior LF, Drumond EF, Ferreira GUA, Turci MA, Lima Júnior JF, Bersan SAL. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 17] ; 29(Suppl 1): s73-s80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300007&lng=en <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017813>.
 18. Neves, ACOJ.; Seixas, CT; Andrade, AM; Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290214, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01033312019000200612&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jan. 2021.
 19. Nogueira S, Carvalho A, Melo C, Moraes E, Chiari B, Gonçalves M. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC* 2012; 15(1):94-104.
 20. Corrêa ACP, Cruz GSP, Ferreira F, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaucha Enferm* 2011; 32(3):451-457.
 21. Xavier GTO, Nascimento VB do, Carneiro Junior N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2019; 22(2): e180151.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200202&lng=en <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.
22. Coelho ADA, Lopes, MVO, Melo RP, Castro ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene* 2012; 13(3): 639-649.
 23. Freitas IBA, Meneghel SN, Selli L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(1):301-310.

5.3 Produtos técnicos

Foram elaborados seis (6) produtos técnicos, todos pautados nas necessidades do contexto pesquisado e para abranger as disposições da atenção primária à saúde ao processo de desospitalização.

- Ferramenta de banco de dados *online* integrado: Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização (FAD).
- Fluxograma: Desospitalização de Paciente.
- Fluxograma: Avaliação de desospitalização para o Programa Melhor em Casa.
- Fluxograma: Fluxograma de Admissão de Paciente da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o Melhor em Casa.
- Vídeo educativo direcionado para público em geral: Assistência Domiciliar na Rede SUS (depositado no *youtube*: https://www.youtube.com/watch?v=eEzEN1b_LO8).
- Vídeo educativo direcionado para profissional de saúde: Orientações sobre o Melhor em Casa (depositado no *youtube*: <https://www.youtube.com/watch?v=uMt3kBV6Qns>).

5.3.1 FAD: Formulário de Solicitação de Avaliação de Desospitalização

Na trajetória do estudo foi possível identificar algumas necessidades no contexto pesquisado. Dentre as quais se destacam a necessidade de desenvolvimento de um formulário de solicitação de avaliação de desospitalização. O município de Montes Claros oferece o serviço do programa ‘Melhor em Casa’, desde o ano de 2013, e recebe solicitações de avaliações das diferentes Instituições. As solicitações são redigidas de diferentes formas (por ausência de formulário padrão), e em algumas situações com escassez de algum dado, que se torna mais moroso o processo de desospitalização.

Com objetivo de padronizar a solicitação de avaliação e os trâmites, junto ao programa Melhor em Casa, desenvolveu-se o formulário eletrônico no *google docs*, que possibilita ao profissional desse serviço a ter os dados necessários para efetivar a avaliação e a desospitalização do paciente (Figuras 1 a 10). O respectivo formulário foi intitulado Formulário de Avaliação de Desospitalização (FAD).

Tendo em vista, também, como vantagem na utilização do FAD a possibilidade de organização dos dados em forma de gráficos e planilhas, proporcionando um resultado

quantitativo de forma mais prática e organizada, facilitando a análise dos dados. O formulário foi construído, de forma coletiva, com participação efetiva da coordenadora do programa Melhor em Casa.

Melhor em Casa.

Figura 1 - Modelo de capa do Formulário de Avaliação de Desospitalização - FAD.

SUS + BRASIL

Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR

PREFEITURA MONTES CLAROS
Ministério de Saúde

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

O Melhor em Casa busca possibilitar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e apoiando as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

Próxima Página 1 de 10

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Fonte: Formulário elaborado pela mestranda, 2020.

Figura 2 - Sessão que informa o hospital solicitante da avaliação do Melhor em Casa.

2. Hospital Solicitante

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital solicitante da avaliação?

Hospital Santa Casa de Montes Claros

Hospital Universitário Clemente de Faria

Hospital Prontosocor de Montes Claros

Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro

Hospital Dilson Godinho

Hospital Haroldo Torinho

Voltar Próxima Página 2 de 10

Figura 3- Sessão que informa os dados da solicitação.

3.DADOS DA SOLICITAÇÃO

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Especialidade solicitante

Sua resposta _____

Data da solicitação

Data

dd/mm/aaaa:

Horário da solicitação

Horário

__ : __

Setor / Leito de internação

Sua resposta _____

[Voltar](#) [Próxima](#) Página 3 de 10

Figura 4 - Sessão que informa os dados pessoais do paciente.

4.Dados pessoais do paciente

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome

Sua resposta _____

CNS (Cartão SUS)

Sua resposta _____

Idade

Sua resposta _____

Sexo

Feminino

Masculino

4.5. Endereço
Sua resposta

Bairro
Sua resposta

Unidade de Saúde cadastrado
Sua resposta

Cidade
Sua resposta

Telefone para contato
Sua resposta

Voltar Próxima

Página 4 de 10

Figura 5 - Sessão que informa os dados de internação-condição atual do paciente.

5.DADOS DA INTERNAÇÃO

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Diagnóstico da internação
Sua resposta

História clínica na admissão
Sua resposta

Condições Clínicas atual do paciente
Sua resposta

Voltar Próxima

Página 5 de 10

Figura 6 - Sessão que informa a situação em que o paciente se encontra na alta.

6.INFORMAÇÕES DO PACIENTE
ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE
<p>Pressão Arterial</p> <p>Sua resposta _____</p>
<p>Respiração</p> <p>Sua resposta _____</p>
<p>Temperatura</p> <p>Sua resposta _____</p>
<p>Pulso</p> <p>Sua resposta _____</p>
<p>Respiração</p> <p><input type="radio"/> Espontânea (sem nenhum dispositivo de suporte)</p> <p><input type="radio"/> Traqueostomia/espontânea</p> <p><input type="radio"/> Traqueostomia (com suporte de Bipap/ VM)</p> <p><input type="radio"/> Traqueostomia com suporte de oxigênio</p>
<p>Alimentação</p> <p><input type="radio"/> Independente (via oral)</p> <p><input type="radio"/> Dependente (cuidador oferecer, via oral)</p> <p><input type="radio"/> Gastrostomia/sonda</p> <p><input type="radio"/> Sonda Nasoentérica</p>

Eliminações-urina (pode assinalar mais de uma opção)

- Espontânea
- Sonda Vesical de demora
- Sonda Vesical de alívio
- Cistostomia
- Fralda

Eliminação-fezes (pode assinalar mais de uma opção)

- Espontânea
- Bolsa de Colostomia
- Fralda

Higiene

- No leito (cama)
- Aspersão (chuveiro)

Mobilização

- Leito/acamado
- Ativa/parcial
- Cadeirante
- Restrito ao leito

Pele (pode assinalar mais de uma opção)

- Íntegra
- Com lesão
- Lesão por pressão
- Lesão traumática
- Lesão cirúrgica
- Outro: _____

Lesão Por Pressão (pode assinalar mais de uma opção)

	Limpa	Limpa-contaminada	Contaminada	Infectadas	Não há lesão
Sacral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trocantérica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Local e característica da lesão traumática ou cirúrgica

Sua resposta

[Voltar](#) [Próxima](#) Página 6 de 10

Figura 7 - Sessão que avalia necessidades domiciliares do paciente para atendimento continuado.

7.EQUIPAMENTOS/MATERIAIS NECESSÁRIOS NO DOMICÍLIO

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Tipos de equipamentos necessários (pode assinalar mais de uma opção)

	Sim	Não
Oxigênio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxímetro de mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cama Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Requerimento já realizado?

Sim

Não

Não há necessidade de equipamento

Materiais descartáveis necessários (pode assinalar mais de uma opção)

Gases

Sonda para aspirar

Micropore/esparadapo

Cateter nasal

Frasco para dieta

Equipo para dieta

[Voltar](#) [Próxima](#) Página 7 de 10

Figura 8 - Sessão que coleta dados do cuidador .

8. Identificação do Cuidador

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome

Sua resposta _____

Idade

Sua resposta _____

Sexo:

Masculino

Feminino

Figura 9 - Sessão que registra a data e o horário programado para avaliação pelo Melhor em Casa.

9.PROGRAMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO MELHOR EM CASA

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO AVALIADOR

Data da programação da avaliação do paciente

Data

dd/mm/aaa:

Horário da programação da avaliação do paciente

Horário

__ : __

[Voltar](#) [Próxima](#) Página 9 de 10

Figura 10 - Sessão que registra a avaliação do Melhor em Casa.

10.AVALIAÇÃO DO MELHOR EM CASA

ESSA SESSÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO AVALIADOR

Data da avaliação do paciente

Data

dd/mm/aaa:

Horário da avaliação do paciente

Horário

__ : __

Definição da Modalidade do Atendimento Domiciliar

ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 2 (AD2)

ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 3 (AD3)

Aceito pelo Melhor em Casa

Sim

Não

Justifique sua resposta

Sua resposta

Data do aceite

Data

dd/mm/aaa:

Programação da alta médica (sugestão da data)

Data

dd/mm/aaa:

Horário da alta hospitalar (sugestão de horário)

Horário

__ : __

Telefone para contato

Sua resposta

Observações adicionais

Sua resposta

[Voltar](#)

[Enviar](#)

5.3.2 Fluxogramas

Foram elaborados e instituídos fluxogramas (Figuras 11, 12, 13). Eles foram apreciados junto à coordenadora da Instituição hospitalar cenário deste estudo, bem como junto à coordenadora do Programa ‘Melhor em Casa’, com aprovação de ambos os setores. O fluxograma tem como objetivos:

- Representar, por meio gráfico, a sequência e a interação das etapas do processo de desospitalização do paciente.
- Contribuir no desempenho do fluxo de desospitalização do paciente e de admissão no Melhor em Casa, identificando o papel de cada uma das partes envolvidas.
- Divulgar entre os profissionais das instituições hospitalares e equipe do Melhor em Casa o fluxo do processo de desospitalização do paciente e de admissão no Melhor em Casa.

Figura 11 - Fluxograma do processo de desospitalização do paciente.

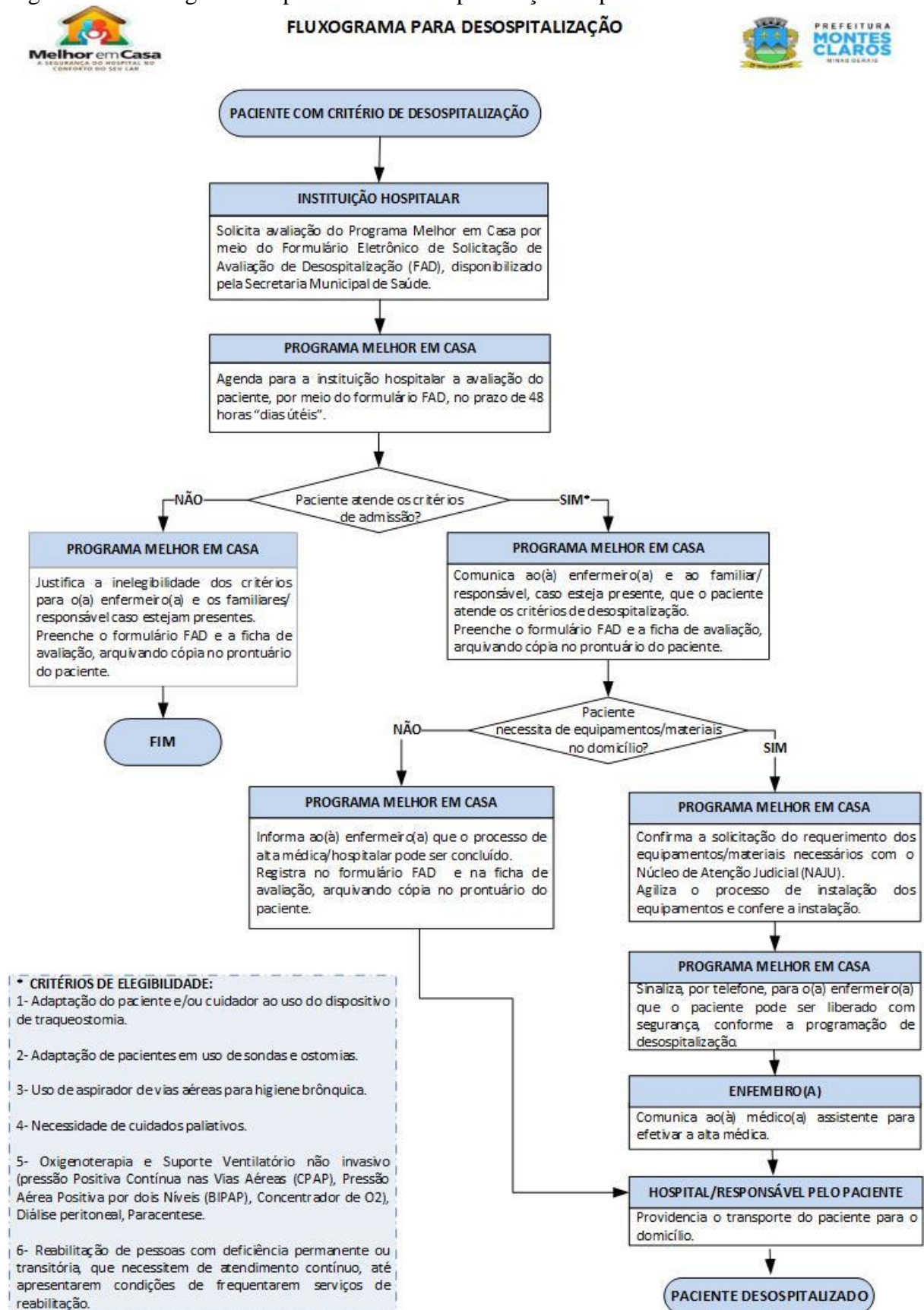


Figura 12 - Fluxograma para admissão de pacientes provenientes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

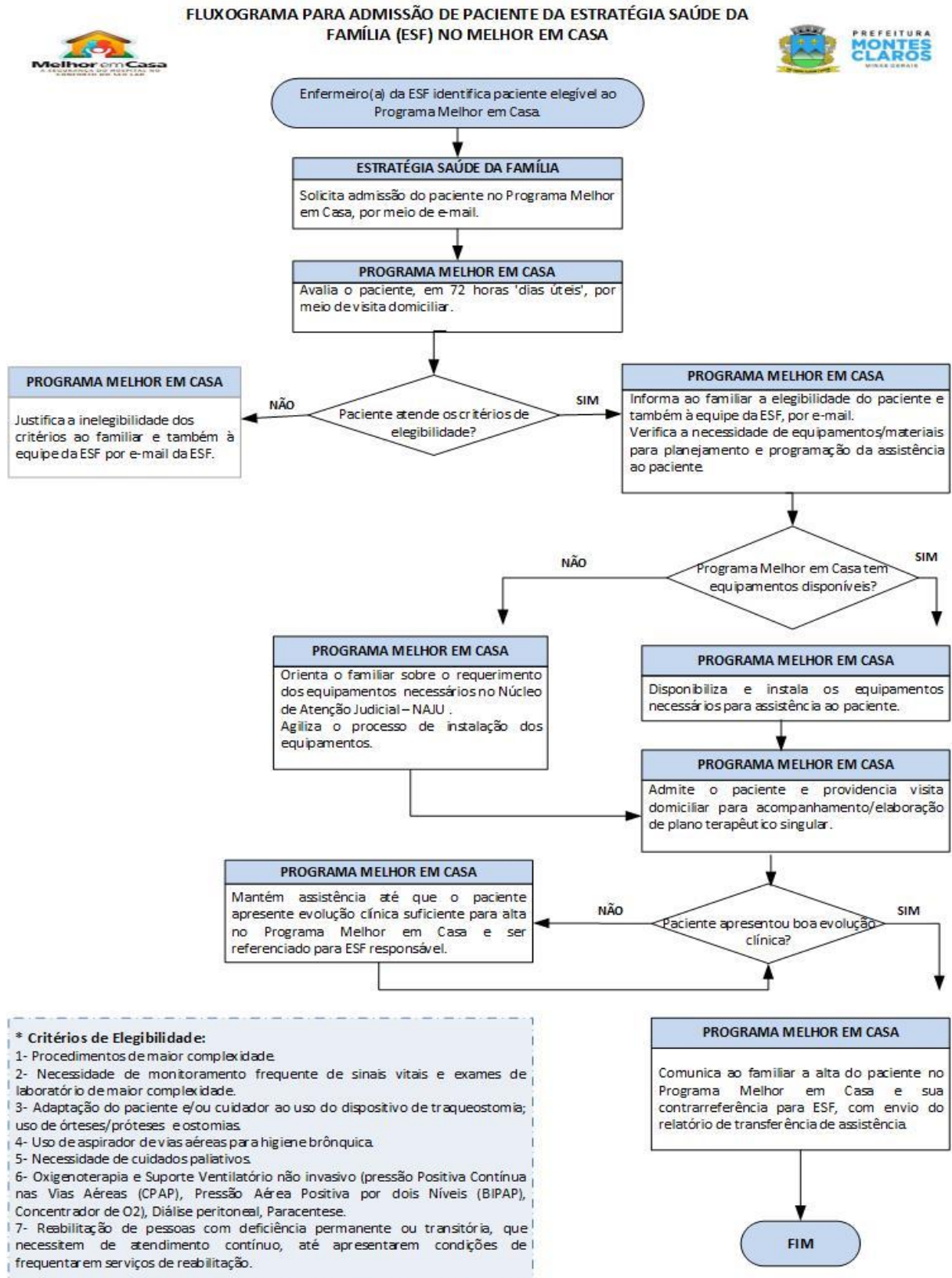


Figura 13 - Fluxograma do processo de desospitalização para o Melhor em Casa.

FLUXOGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA

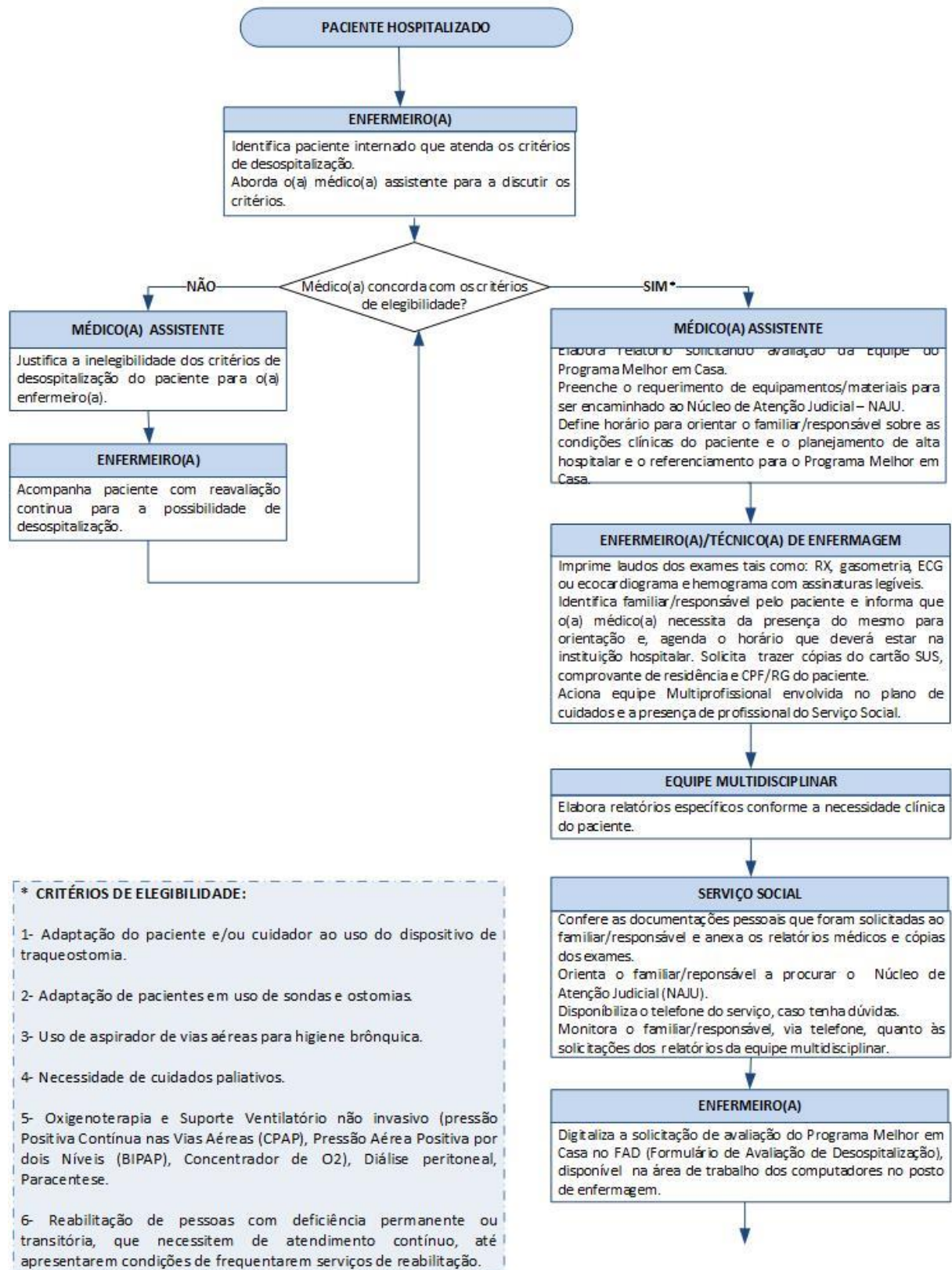
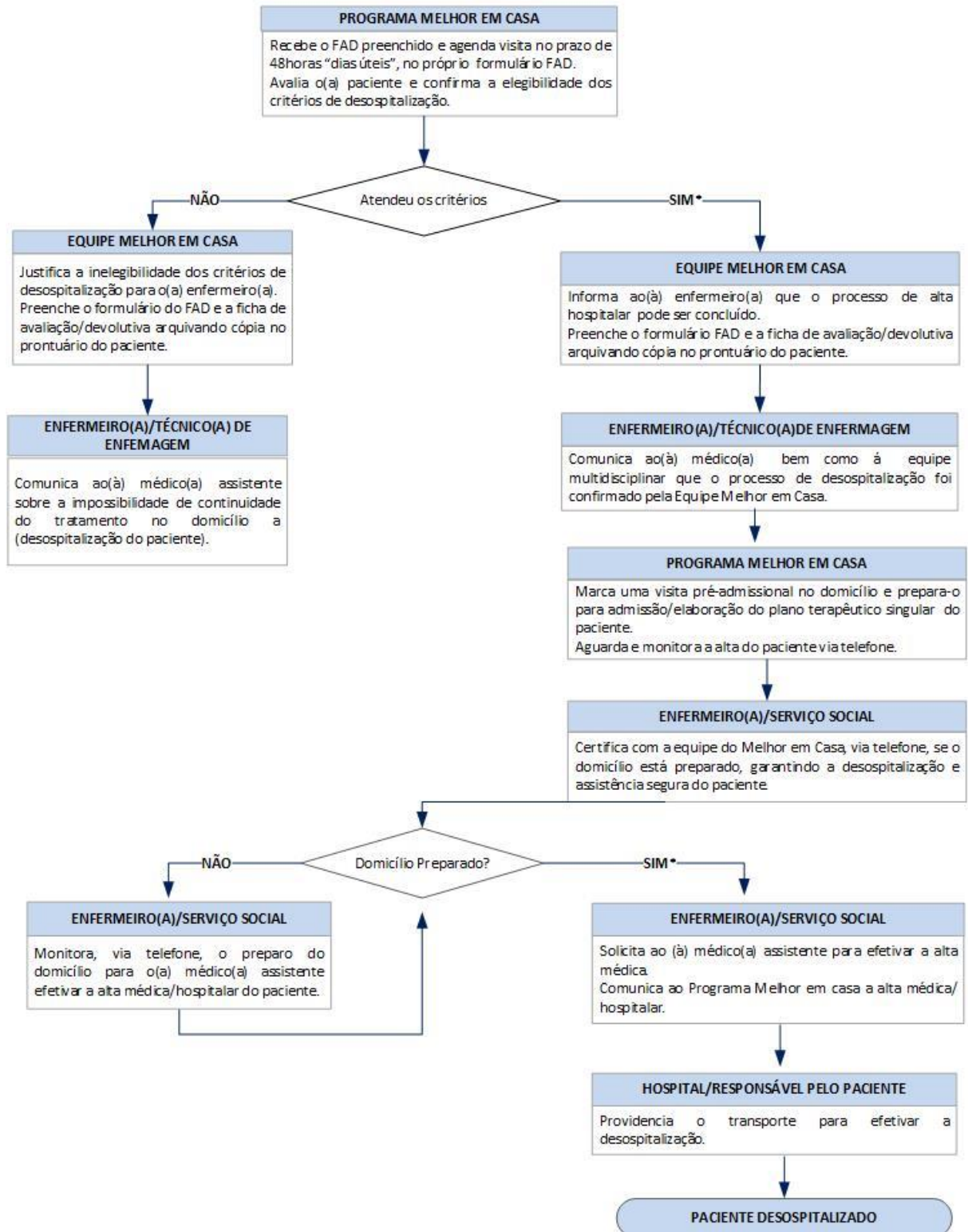


Figura 13 – Fluxograma do processo de desospitalização para o Melhor em Casa (Continuação).

FLUXOGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA



5.3.3 - Vídeos educativos para leigos e profissionais de saúde.

Vídeos foram desenvolvidos com fins educativo/informativo sobre AD no âmbito do ‘Melhor em Casa’. Os vídeos são de curta duração (*PITCH*), foram depositados em canal do *YouTube*, de acesso público, a fim de dar maior visibilidade a esses produtos técnicos.

O conteúdo dos vídeos foram direcionados a dois grupos distintos:

1. Para a população em geral, por ser potencial usuária do serviço de atenção domiciliar do referido Programa, que compõe o SUS.

Link: https://youtu.be/eEzEN1b_LO8

2. Para os profissionais de saúde que pretendem ter mais informações sobre o Programa Melhor em Casa, contribuindo no desenvolvimento de uma maior integração entre os diferentes pontos de atenção do SUS com o serviço de AD.

Link: <https://youtu.be/uMt3kBV6Qns>

6 CONCLUSÕES

Este estudo identifica aspectos demográficos e clínicos majoritários de pacientes com continuidade de cuidados em domicílio após alta hospitalar: homens, idosos, indivíduos com doenças pré-existentes à internação hospitalar, acamados e com utilização de sondas. Os pacientes em situação de acamados na alta hospitalar foram associados ao uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de LPP. Condições que os colocam em situação de maior fragilização. Os homens apresentaram menor idade e maior frequência para necessidade de uso de sondas que as mulheres. Pacientes não idosos apresentaram maior frequência para condições de traqueostomizado e ostomia.

Identifica-se, também, neste estudo, que pacientes de diferentes idades, morbidades e comorbidades foram assumidos no serviço AD do ‘Melhor em Casa’. A admissão nesse Programa envolve avaliação de condições clínicas, além das questões administrativas. Nessa perspectiva, os dados desta pesquisa podem subsidiar planejamentos nos serviços de saúde, viabilizando um melhor fluxo hospital e atenção domiciliar.

Tem-se, também, que os produtos técnicos gerados neste estudo (FAD, fluxogramas e vídeos) possam contribuir para uma comunicação mais fluida entre os diferentes pontos de atenção, no sentido da desospitalização. Sendo importante promover inter-relações entre pacientes, familiares e equipes médicas multidisciplinares para prestação de serviços de saúde no domicílio, conforme as necessidades individuais. De acordo com a complexidade de cada situação, a frequência dos cuidados adequados e a disponibilidade de diferentes equipamentos e tecnologias, determina-se a composição de uma equipe de saúde responsável pela continuidade da atenção ao paciente, em domicílio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação trabalhou a temática desospitalização e atenção domiciliar pelo ‘Melhor em Casa’ na rede pública de saúde, com análise dos aspectos clínicos e demográficos de pacientes com alta hospitalar e prosseguimento do tratamento em seus domicílios. Além da produção de conhecimento consolidado no artigo científico, foram elaborados produtos técnicos.

Os produtos técnicos sistematizaram elementos que podem apoiar ou diminuir as resistências na implementação da assistência domiciliar, no que se refere aos desafios do Programa Melhor em Casa. Inclui-se entre esses, a qualificação do sistema de monitoramento e os fluxogramas de desospitalização e de encaminhamentos para atenção domiciliar.

As mudanças nas características demográficas e epidemiológicas aumentam a necessidade de adaptação aos modelos de atenção à saúde, especialmente se considerarem os benefícios do sistema de saúde em folgar os hospitais, utilizar racionalmente os leitos hospitalares, reduzir custos e organizar o cuidado centrado no paciente. Portanto, a demanda por serviços de AD parece ser mais um desafio do sistema de saúde, com mudanças no foco da atenção médica e no ambiente em que a assistência é prestada.

Reconhece-se, portanto, que à medida que se aperfeiçoa o sistema e delimita perfis dos usuários, se torna possível também, além de descrever de forma clara e concisa os problemas reais e potenciais, auxiliar no atendimento ao paciente e influenciar o planejamento e a implementação de intervenções apropriadas aos diferentes pontos de atenção no âmbito do SUS. O bom desempenho da AD depende também do funcionamento de outros serviços, principalmente da atenção primária à saúde.

Ressalta-se ainda, que esse estudo pôde trazer contribuições a todos os envolvidos: permitiu conhecer melhor a relação da AD com os hospitais; criar fluxos que forneceu apoio ao melhoramento e otimização dos processos de desospitalização; oferecer ferramentas de gestão que permitiu aprimorar a comunicação com os hospitais para agilizar o processo de desospitalização; e principalmente para os pacientes, pois permitiu que esses tenham um atendimento dentro e fora dos hospitais amparado de forma humanizada e contínua.

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas destaca-se o fato de os dados analisados serem referentes a um único hospital da cidade. No entanto, ele se caracteriza como referência para diversas especialidades e é considerado hospital de grande porte. Muitos atendimentos no hospital, de contexto do estudo, são direcionados a pessoas residentes na região. Nem todos os municípios adjacentes à cidade estudada, que por sua vez, é referência

em saúde na região do norte de Minas e no sul da Bahia, têm o ‘Melhor em Casa’ implantado. Fato que dificulta ainda mais a gestão mais ampliada do Programa.

Nesse sentido, é muito provável que a potencial demanda para AD seja maior que os 254 pacientes investigados (admitidos no ‘Melhor em Casa’). A identificação de pacientes que demandam AD e não tiveram acesso a esse serviço fica como sugestão para novas investigações.

Reafirma-se, com isso, que a AD ainda precisa ser concretizada, e seu papel deve ser visto como um potente sistema integrado de cuidado à saúde. A AD proporciona outras formas de cuidado, com foco nas necessidades dos usuários, gerando mais autonomia aos mesmos.

Portanto, recomenda-se, ainda, investigar outros fatores relacionados ao prognóstico de pacientes em cuidado no domicílio. E acredita-se, também, na necessidade de estudos para estabelecer produtos técnicos que visem melhores medidas para prevenir, promover, tratar e recuperar a saúde dos pacientes atendidos em domicílio.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A.M.; BRITO, M.J.M.; SILVA, K.L.; RANDOW, R.M. V; MONTENEGRO, L. C. The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2013. Disponível em: <<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-330524>>. Acesso em 30 jan. 2021.
- ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 14, n.40, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269091999000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em dez. 2020.
- ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S.; MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.19, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jan. 2021.
- AZEVEDO, P.F.O.; DIAS, K.C.S.; FIGUEIREDO, M.L.; LIMA, S.R.S. Programa de Redução da Média de Permanência Hospitalar na Santa Casa de Montes Claros - MG. In: **IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviço e Sistemas de Saúde**. 2011. Anais: https://qualihosp.com.br/web/upload/arquivos/qualihosp_2011/qualihosp_2011_anais.pdf. Acesso em 10 nov. 2020.
- BRAGA, P.P.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; CASTRO, E.A.B.; ANDRADE, M.A.; SILVA, Y.C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc saude coletiva**, v.21, n. 3: p. 903-12. 2016 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em nov. 2020.
- BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, **1988**.
- BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2029, de 24 de Agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html> Acesso dez 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1533, de 16 de julho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2012, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012 Disponível

em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html> Acesso dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 2 v.: il. ISBN 978-85-334-1966-7.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) (org)**. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de atenção domiciliar. Vol 1. Brasília. Abril, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar II** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar** / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – **Caminhos da Saúde no Brasil** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção L e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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): Diário Oficial da União; Seção 1, p.33, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em junho 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, De 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em junho 2019b.

CASTRO E.A.B.; LEONE D.R.R.; SANTOS C.M.; BNETA F.C.C.G.; GONÇALVES J.R.L.; CONTIM D. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39. 2019; doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.

CASTRO, W.S. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais** início da atenção domiciliar. Belo Horizonte: 2016.

COSTA, N. R; PINTO, L. F. **Piso da Atenção Básica**: mudanças na estrutura. In: Negri, B.; Viana, A. L. D. (Orgs.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002.

DE PAULA, T. **Tipos de estudos epidemiológicos**. Consultora – CAPCS / UERJ setembro, 2019.

FALLER J.W.; BRUSNICKI P.H.; ZILLY A.; BROFMAN; M.C.B.F.S; CAVALHIERI L. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. **Rev Kairós Gerontol**; v. 2, n.19, p.22-43, 2016.

FARIA L.; CALÁBRIA L.K.L.; AMARAL S. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. In: Faria L, Calábria L.K.L., Alves W.A, organizadores. Envelhecimento, um olhar interdisciplinar. São Paulo: **Editora Hucitec**; 2016. p. 61-88.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**; v. 24, n. 3, p.180–188, 2008.

FIGUEIREDO, R.M.; TURATO, E.R. Necessidades de assistência e aspectos emocionais do cuidado relatados por cuidadores de pacientes com aids em uma unidade de assistência médica no Brasil. **Questões Ment Health Nurs**; v.22, n.6, p. 633-43, 2010.

IBGE - Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INGLETON, C.; PAYNE, S.; SARGEANT, A.; SEYMOUR, J. Barreiras para alcançar o cuidado em casa no final da vida: transferir pacientes entre ambientes de cuidados usando serviços de transporte de pacientes. **J Palliat Med**; v.23, n. 8, p. 723-30. 2009.

LACERDA, M.R; GIACOMOZZI, C.M; OLINISKI, S.R; TRUPPEL, T.C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2006. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2021.

LAMOTHE, L.; SULYLVAIN, C; SENTE, V. Multimorbidity e atenção primária: Emergência de formas novas de organização de rede. **Sante Publique**, p. 1129-3, jan/fev 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168626>. Acesso em: nov. 2021.

LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M.E.; PEIXOTO, S.V., & LIMA-COSTA, M.F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, 2004. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2021.

MENDES, À. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa**. Futuro do Brasil Ideias para Ação. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2018.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MONTES CLAROS – **Prefeitura Municipal**. Secretaria de saúde. Disponível em: <<https://portal.montesclaros.mg.gov.br/secretaria/saude>>. Acesso em: out.2020.

MUNIZ E.A.; AGUIAR M.F.S.; BRITO M.C.C.; FREITAS C.A.S.L.; MOREIRA A.C.A.; ARAÚJO C.R.C. Desempenho das atividades de vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Rev Kairós Gerontol**; v.2, n.19, p.133-146, 2016.

OLIVEIRA, A.C.; SIMÕES, R.F.; ANDRADE, M.V. A relação entre a atenção primária em saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. – **Cedeplar/UFMG**, Belo Horizonte, 2009. Disponível em <<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/AO7A048.pdf>>. Acesso em: jan. 2021.

OLIVEIRA, M. **A desospitalização de pacientes SUS**. Curso de especialização em Gestão Pública de Organizações da Saúde. 2018.

OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L; SARTOR, S.F; ESCHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Enferm Global**. jul; v. 3, p.375-89, 2015.

PANIS, L.J.G.G; GOOSKENS, M.; VERHEGGEN, F.W.S.M.; POP P.; PRINS, M.H. In: **International Journal for Quality in Health Care**; v.15, n. 1, p. 57-65 2003.

- PEITER, C.C.; SANTOS, J.L.G.; LANZONI, G.M.M.; MELLO, A.L.S.F.; COSTA, M.F.B.N.A.; ANDRADE, S.R. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**; v.23, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf>. Acesso em jan. 2021.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- PROCÓPIO, L.C.R.; SEIXAS, C.T.; AVELLAR, R.S.; SILVA, K.L.; & SANTOS, M.L.M. Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**. v. 43, n. 05 p.121. Ago 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>> Acesso em out. 2020.
- RAJÃO, F.L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.25. n.5.; p.1863-1876, 2020.
- REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10 (supl) p. 231-242, 2005. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>>. Acesso em: nov. 2020.
- ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Revista Consensus**. v. 11, n. 1 abr/mai/jun/2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf>. Acesso em nov.2020.
- SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. **A direção da atenção primária à saúde: organizacional reforma na atenção primária europeia**. Maidenhead, Inglaterra, Open University Press, 2006 (Série Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde).
- SILVA K.L.; CASTRO E.A.B; TOLEDO S.T.; GONÇALVES J.; RIBEIRO A. D. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. Departamento de Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, MG – Brasil REME. **Rev Min Enferm**. v. 23:p.1155., 2019;. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1155.pdf>> Acesso em jan. 2021.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; FEUERWERKER, L.C.M.; SILVA, P.M., MARTINS, A.C.S. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos. **Rev. Enferm**. UFPE. Recife, v. 8, n. 6, p. 1561-7, jun. 2014.
- SILVA, K.L.; SILVA, Y.C.; LAGE, E.G.; PAIVA, P.A.; DIAS, O.V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.
- SILVA, R.M., PERES A.C.O., CARCERERI D.L., Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa, **Ciênc. saúde coletiva** v.25, n. 6, 03 Jun 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15992018>>. Acesso em jun. 2021.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.38, n.4,

2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>>. Acesso em jul. 2019.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>>. Acesso em ago. 2020.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T, FEUERWERKER, L.C.M., & MERHY, E.E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em dez. 2020.
- SILVEIRA, V.A.A.; DEVENS, L. T.; CUPERTINO, E.V. Eficácia do protocolo de desospitalização em um hospital privado. **Conahp**, 2015. Disponível em: <<https://www.conahp.org.br/2015/assets/files/posteres/233.pdf>>. Acesso em jan. 2020.
- SOUSA, C.R.S.; SOUSA, M.S. Atenção domiciliar em saúde no Brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa **Rev Bras Promoç Saúde** v.32, n. 9250. 2019.
- SOUZA, I.C.P; SILVA, A.G; QUIRINO, A.C.S; NEVES, M.S; MOREIRA, L.R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **REME Rev Min Enferm.**; v.18, n.1, 2014. Disponível: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>>. Acesso em jan.2020.
- STARFIELD.B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2012.
- VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S; DE PAEPE, P.; UNGER, J.P; VÁZQUEZ, M.L. Obstáculos à coordenação em saúde nos sistemas públicos de saúde, baseados no mercado e descentralizados: um estudo qualitativo nas redes de saúde da Colômbia e do Brasil. **Plano de Políticas de Saúde**. v. 31, n.6, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874327>>. Acesso em jan. 2021.
- VASCONCELOS, J.F; FERREIRA, C.N.; SANTANA, C.E.S.; SOUZA, C.R.; VALENTE, M.L.F. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **J BrasEcon Saúde**. v.7, n. 2, 2015. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4974.pdf>>. Acesso em out. 2020.
- ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C.T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n.1, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46869/22992>>. Acesso em nov. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de concordância da instituição para participação em pesquisa – Irmandade Nossa Senhora da Mercês de Montes Claros, MG – Santa Casa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Programa de Pós-graduação
Mestrado em Cuidado Primário em Saúde
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS



TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Desospitalização e atenção domiciliar na rede pública de saúde

Instituição onde será realizada a pesquisa: Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros

Pesquisadora responsável: mestranda Sirlaine de Pinho

Endereço: Rua Bela Vista, Nº 24, Bairro Maracanã.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Analisar indicadores referentes à desospitalização de pacientes.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal de caráter analítico, com base em dados de prontuário hospitalar, de pacientes que receberam alta médica e alta hospitalar em diferentes datas. Serão coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico e de indicadores relacionados à desospitalização, tais como, tempo de permanência no hospital após alta médica e setor de internação. Os dados serão registrados em formulário, preservando o anonimato das informações dos pacientes. Os resultados serão avaliados pela análise estatística e apresentados em dados numéricos.

3- Justificativa: Esta pesquisa se justifica pela necessidade de traçar o perfil dos pacientes que permanecem no hospital, mesmo após a alta médica e, conhecer indicadores relacionados ao processo de desospitalização. O estudo poderá contribuir como fonte de informação para gestores e servidores do hospital, quanto ao planejamento de ações que possam contribuir na organização do serviço e interações com a rede de atenção à saúde pública, para continuidade do cuidado em domicílio, atenção domiciliar.

4- Benefícios: Os benefícios caracterizam-se pela produção de novos conhecimentos que poderão subsidiar ações no âmbito do hospital e na rede de atenção domiciliar, na saúde pública.

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466/2012 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa utilizará dados secundários, de prontuários de saúde. Portanto, o risco previsto diz respeito ao manuseio dos documentos, com possibilidade de ocorrer



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
 Programa de Pós-graduação
 Mestrado em Cuidado Primário em Saúde
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS



rasuras, dobraduras ou sujidades, além da quebra do anonimato das informações. Contudo, a pesquisadora se compromete a tomar todo o cuidado necessário para preservar a integridade da documentação e o sigilo das informações contidas nos documentos.

6- Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Na impossibilidade da realização da pesquisa em horário comercial, será solicitada à Instituição a disponibilização em horários alternativos.

8- Confidencialidade das informações: As informações obtidas serão usadas apenas para fins científicos e será preservada a identificação dos pacientes, garantindo confidencialidade das informações fornecidas na documentação e o anonimato dos dados.

9- Compensação/indenização: Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa não será negado o direito de solicitação de indenização, em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS/MS.

10- Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em autorizar ou não a realização desta pesquisa.

11- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta Instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta Instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome do participante e cargo do responsável pela Instituição

Sommy S. J. J. J.

11/10/2019

Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

Data

Suzaine de Pinho

Nome da pesquisadora responsável pela coleta de dados da pesquisa

Suzaine de Pinho

24/09/19

Assinatura da pesquisadora

Data

IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCEDES
 SANTA CASA DE MONTES CLAROS
 Comissão de Gerenciamento de Pesquisa
 COGERPE

APÊNDICE B - Termo de concordância da instituição para participação em pesquisa –
Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.



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



**SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA ADMISSÃO DE PACIENTES NO MELHOR EM
CASA, APÓS ALTA HOSPITALAR NA SANTA CASA DE MONTES CLAROS**

23/10/2020

Exma. Sr^a. Dulce Gonçalves Pimenta
Secretária Municipal de Saúde

Eu Sirlaine de Pinho, matriculada no Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, estou desenvolvendo uma pesquisa no âmbito do Hospital Santa Casa de Montes Claros intitulada “Desospitalização e atenção domiciliar na rede pública de saúde”. A pesquisa já conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes e está sendo desenvolvida sob a orientação da Prof^a. Dra. Simone de Melo Costa.

Venho solicitar a V.Sa. Autorização para coletar a data de admissão dos pacientes no Programa Melhor em Casa, no período de 2016-2019, após internação no Hospital Santa Casa de Montes Claros. Todos os outros dados da pesquisa serão coletados no próprio Hospital, a partir de prontuários de saúde dos pacientes. A escolha desse hospital foi devido ser classificado como um dos de grande porte do norte de Minas, ser de referência para alta complexidade com várias especialidades e ser local de trabalho da mestrandia. A pesquisa garante o anonimato e confidencialidade das informações dos pacientes.

Informamos que não haverá custos para o serviço e, a informação acerca da data de admissão dos pacientes será coletada a partir do agendamento prévio no serviço, respeitando toda operacionalização e/ou atividades cotidianas do local.

Agradecemos antecipadamente o apoio e compreensão, certos de sua colaboração para a coleta da data de admissão dos pacientes, que contribuirá para o desenvolvimento da pesquisa.

Atenciosamente,

De acordo
Áurea Regina de Andrade
Enfermeira Coordenadora
Programa Melhor em Casa
COREN-MG 611751 - FNE

Sirlaine de Pinho

Mestranda: Sirlaine de Pinho

De acordo
Dulce Pimenta Pimenta
Secretária Municipal de Saúde
SUS/SMS - Montes Claros - MG

Prof^a. Coordenadora e Orientadora da pesquisa: Simone de Melo Costa

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

APÊNDICE C - Formulário de coleta de dados da pesquisa.

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PESQUISA TRANSVERSAL ANALÍTICA

Dados do paciente:

Código:

Sexo:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Endereço:

Nº:

Bairro:

Telefone:

Dados da internação:

Data da internação:

Serviço/Setor:

Especialidade:

Data da solicitação da avaliação do Melhor em casa:

Data da avaliação do Melhor em Casa:

Data da alta médica:

Data da alta hospitalar:

Horário:

Quadro Clínico

Doenças pré-existente () Sim () Não

Limitações () Acamado () Cadeirante () Dificuldade de locomoção

Necessidades de cuidados com sondas () Sim () Não

Traqueostomia () Sim () Não

Ostomias () Sim () Não

Outros: _____

Dados adicionais

Houve recusa do serviço 'Melhor em Casa' () Sim () Não

Por que? _____

Houve recusa por parte do paciente/família () Sim () Não

Por que? _____

APÊNDICE D - Declaração do Produto Técnico: Formulário Eletrônico de Avaliação de Desospitalização (FAD).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

Ano: 2021

Título do Trabalho/ Produto	Relatório Técnico conclusivo/processos de gestão elaborado/ Formulário Eletrônico de Avaliação de Desospitalização (FAD).
Autor/desenvolvedor do produto	Sirlaine de Pinho
Coautores	Simone de Melo Costa, Antônio Prates Caldeira, Lucineia de Pinho (Professores do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde). Aurélia Regina de Andrade (Coordenadora do Programa Melhor em Casa). Wille Dingsor Souza Pereira (Professor das Faculdades Unidas do Norte de Minas - Funorte). Fernanda Freitas de Oliveira Azevedo (Graduanda do Curso de Engenharia Civil das Faculdades Prominas de Montes Claros).
Declarante	
Cargo/Função	
Entidade/Instituição	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais.
	Um dos objetivos do Programa Melhor em Casa é reduzir o tempo de permanência dos pacientes internados no hospital. Assim, representa um grande avanço na gestão de todo o sistema público de saúde, pois ajuda a liberar leitos hospitalares e a proporcionar aos hospitais




UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

<p>Descrição resumida do objeto</p>	<p>um melhor atendimento de urgência e emergência. O município de Montes Claros oferece serviço do Melhor em Casa desde o ano de 2013. Esse serviço recebe solicitações de admissão de pacientes, oriundos das instituições de saúde, sem um padrão formal de solicitação de avaliação. Nessa perspectiva, e em algumas situações ocorre escassez de algum dado, tornando mais moroso o processo de desospitalização. Portanto, com o objetivo de padronizar a solicitação de avaliação e otimizar o desfecho da avaliação do Programa Melhor em Casa desenvolveu-se um formulário eletrônico, no <i>google docs</i>, que possibilita ao profissional do Melhor em Casa ter acesso a todos os dados necessários para efetivar a avaliação e a desospitalização do paciente. Tendo em vista, também, como vantagem na utilização desse formulário a possibilidade de organização dos dados, em forma de gráficos e planilhas, proporcionando um resultado quantitativo, de forma mais prática e organizada, facilitando a análise dos dados.</p>
-------------------------------------	---

Declaro que o produto 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, 13 de 04 de 2021.


 Assinatura do **Dr. Paulo Roberto de Carvalho**
 Diretor de Manutenção e Saúde
 SUS/SMS - Montes Claros - MG

APÊNDICE E - Declaração do Produto Técnico: Fluxograma Avaliação de desospitalização para o Programa Melhor em Casa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

Ano: 2021

Título do Trabalho/ Produto	Relatório Técnico conclusivo/processos de gestão elaborado/Fluxograma Avaliação de desospitalização para o Programa Melhor em Casa.
Autor/desenvolvedor do produto	Sirlaine de Pinho
Coautores	Simone de Melo Costa (Professora do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde). Silvânia Paiva dos Santos (Coordenadora Geral do Serviço de Enfermagem do Hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês - Santa Casa de Montes Claros e Professora de Ensino Superior e Pós- Graduação em Gestão da Universidade Estadual de Montes Claros) e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.
Declarante	
Cargo/Função	
Entidade/Instituição	Hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês-Santa Casa de Montes Claros.
Descrição resumida do	A sistematização de um protocolo de fluxo de desospitalização para a Rede de Serviço de Atenção Domiciliar "Programa Melhor em Casa" torna-se relevante, visto que tem a potencialidade de favorecer a integralidade da Rede. Além disso, operacionalizando esse fluxo, tornará mais responsável e ágil o




UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

	<p>Casa*.</p> <p>Os objetivos do fluxograma são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar o fluxo de desospitalização para pacientes internados em enfermarias da instituição que possuam os critérios de elegibilidade para dar continuidade do tratamento no domicílio, com garantia de alta programada responsável. • Representar por meio gráfico a sequência e a interação das etapas do processo de desospitalização. • Divulgar entre os profissionais da instituição o fluxo do processo de desospitalização e de admissão no Melhor em Casa. • Contribuir no desempenho do fluxo de desospitalização e de admissão no Melhor em Casa, identificando o papel de cada uma das partes envolvidas.
--	---

Declaro que o produto 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, 30 de 04 de 2021.



 Assinatura do Declarante

APÊNDICE F - Declaração do Produto Técnico: Fluxograma para desospitalização de paciente.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

Ano: 2021

Título do Trabalho/ Produto	Relatório Técnico conclusivo/processos de gestão elaborado/Fluxograma para desospitalização de paciente.
Autor/desenvolvedor do produto	Sirlaine de Pinho
Coautores	Simone de Melo Costa (Professora do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde). Aurélia Regina de Andrade (Coordenadora do Programa Melhor em Casa).
Declarante	
Cargo/Função	
Entidade/Instituição	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais.
Descrição resumida do objeto	<p>O fluxograma é uma ferramenta de qualidade que contribui para a gestão e otimiza o gerenciamento de processos de trabalho. O fluxograma de desospitalização de paciente tem como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representar por meio gráfico a sequência e a interação das etapas do processo de desospitalização do paciente. • Divulgar entre os profissionais das instituições hospitalares e equipe do Melhor em Casa o fluxo do processo de desospitalização do paciente e de



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

admissão no Melhor em Casa.

- Contribuir no desempenho do fluxo de desospitalização do paciente e de admissão no Melhor em Casa, identificando o papel de cada uma das partes envolvidas.

Declaro que o produto 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, 13 de 04 de 2021

Assinatura do Declarante

[Handwritten Signature]
 Bruno P. de Almeida
 Diretor de Atenção à Saúde
 SUS/SAS - Montes Claros-MG

APÊNDICE G - Declaração do Produto Técnico: Fluxograma para Admissão de Paciente da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Melhor em Casa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO

Ano: 2021

Titulo do Trabalho/ Produto	Relatório técnico conclusivo/processos de gestão elaborado/fluxograma para admissão de pacientes provenientes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Programa Melhor em Casa.
Autor/desenvolvedor do produto	Sirlaine de Pinho
Coautores	Simone de Melo Costa (Professora do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde). Aurêa Regina de Andrade (Coordenadora do Programa Melhor em Casa).
Declarante	
Cargo/Função	
Entidade/Instituição	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais.
Descrição resumida do objeto	A sistematização do protocolo do fluxograma torna-se relevante por ter a potencialidade de favorecer a integralidade da Rede de serviço de assistência domiciliar, garantindo humanização e longitudinalidade do cuidado, com responsabilização compartilhada dos trabalhadores da saúde. Os objetivos do fluxograma são:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

	<ul style="list-style-type: none"> • Representar por meio gráfico a sequência e a interação das etapas do processo de avaliação/admissão/alta do paciente no Programa Melhor em Casa. • Divulgar entre os profissionais da ESF e equipe do Melhor em Casa o fluxo do processo de avaliação/admissão/alta do paciente. • Contribuir no desempenho do fluxo do processo de avaliação/admissão/alta do paciente no Melhor em Casa, identificando o papel de cada uma das partes envolvidas.
--	---

Declaro que o produto 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, 13 de 04 de 2021.

Assinatura do Declarante
 DR. Roberto de Carvalho
 Diretor de Atenção à Saúde
 SUS/SMS - Montes Claros - MG

ANEXOS

ANEXO- A – Parecer consubstanciado de CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desospitalização e atenção domiciliar na rede pública de saúde

Pesquisador: SIMONE DE MELO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19869819.8.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.582.723

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo geral analisar indicadores referentes à desospitalização e à atenção domiciliar na rede pública de saúde. Trata-se de pesquisa com dois diferentes delineamentos: pesquisa transversal analítica e pesquisa de cunho ecológico. Na pesquisa transversal, serão avaliados dados de pacientes que permanecem em hospital após alta médica, com levantamento do perfil sociodemográfico e tempo demandado entre alta médica e alta hospitalar, e informações relativas à internação hospitalar. No estudo ecológico serão avaliados os indicadores de atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde pública, Sistema Único de Saúde, a partir dos dados de elegibilidade e atendimento domiciliar, no estado de Minas Gerais, na macrorregião ampliada de saúde norte de MG e em Montes Claros, nos anos de 2016, 2017 e 2018. Também, serão comparados os indicadores de atenção domiciliar de Montes Claros no contexto de Minas Gerais e no contexto do norte de MG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar indicadores referentes à desospitalização e à atenção domiciliar na rede pública de saúde.

Objetivos Específicos

Caracterizar os pacientes que permaneceram no hospital após alta médica conforme o perfil sociodemográfico, tipo de serviço e especialidade médica;

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 3.582.723

Contabilizar os períodos, em dias, entre alta médica e alta hospitalar e, entre entrada no serviço e alta hospitalar, dos referidos pacientes;

Analisar indicadores de atenção domiciliar a partir dos dados de elegibilidade e atendimento domiciliar, no estado de Minas Gerais, no grupo de municípios que compõem a macrorregião ampliada de saúde norte de MG (Montes Claros, Francisco Sá, Jaíba, Pirapora e Taiobeiras) e em Montes Claros, nos anos de 2016 a 2018;

Comparar indicadores de atenção domiciliar de Montes Claros no contexto de Minas Gerais e no contexto do norte de MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que esta pesquisa pode oferecer, diz respeito à etapa de avaliação documental no âmbito hospitalar, e se relacionam com a possível quebra do sigilo devido à identificação dos casos avaliados, mediante prontuário de saúde. Para minimizá-los, durante o processo de extração dos dados, todos os casos receberão um código numérico a partir do número 1 (um), de forma que o sigilo dos mesmos seja mantido, ou seja, não constará identificação do nome dos usuários no formulário dos pesquisadores. Todos os resultados serão publicados com valores numéricos, pela

Benefícios:

Quanto aos benefícios, os gestores e funcionários do hospital serão esclarecidos, a partir dos resultados desta pesquisa, sobre os indicadores de desospitalização e de atenção domiciliar no Estado e macrorregião norte de MG e em Montes Claros. Os dados gerados, também, serão divulgados junto à comunidade, em eventos científicos e futuras publicações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de temática socialmente relevante; proposta com objetivos e metodologia bem formulados e fortemente explanados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos em conformidade

Recomendações:

Encaminhar relatório final ao CEP após término da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências/inadequações

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 3.582.723

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1422840.pdf	27/08/2019 20:35:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	27/08/2019 20:31:30	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pesquisacepUnimontes.doc	26/08/2019 22:12:48	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	semTCLE.doc	26/08/2019 22:09:50	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	coleta.pdf	26/08/2019 22:09:02	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 18 de Setembro de 2019

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

ANEXO B: Termo de responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos (arquivos de saúde, judiciais e outros).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Programa de Pós-graduação
Mestrado em Cuidado Primário em Saúde
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS



Termo de responsabilidade para acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos (arquivos de saúde, judiciais e outros)

Título do projeto de pesquisa	Desospitalização e atenção domiciliar na rede pública de saúde
Coordenadora da pesquisa	SIMONE DE MELO COSTA
Instituição e Setor dos dados	HOSPITAL IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS DE MONTES CLAROS

Por meio deste documento, certificamos que respeitaremos as disposições éticas e legais brasileiras para —acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos, no caso de aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos, da Unimontes:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – art. 5º, incisos X e XIV;

Código Civil – artigos 20 e 21;

Código Penal – artigos 153 e 154;

Código de Processo Civil – artigos 388, 404 e 448;

Código de Defesa do Consumidor – artigos 43 e 44;

Códigos de Ética de diferentes categorias profissionais, exemplificando a área da saúde: Código de Ética Médica – CFM (2019) – Cap. XII, artigos 99 a 110; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017) – artigos 12,16,17,86,89; Código de Ética Odontológica (2012) – Cap. VI, artigos 14 a 16 e Cap. XVII, artigo 50.

Normas da Instituição quanto ao acesso a prontuários;

Parecer CFM nº 08/2005 e nº 06/2010;

Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular Gl.2 – Gl 1.12;

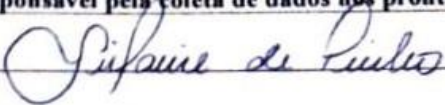
Resoluções da ANS (Lei nº 9.961/2000) em particular a RN nº 21; Resoluções do CFM – nº 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002.

Resoluções do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS: 466/2012 e 510/2016.

Sendo assim, firmamos compromisso com o CEP da Unimontes em:

- 1 Preservar a privacidade dos usuários do serviço (proprietários dos dados da documentação);
- 2 Utilizar as informações exclusivamente para fins científicos deste projeto de pesquisa;
- 3 Manter o anonimato das informações e não utilizar iniciais ou outras indicações que identifiquem o participante da pesquisa;
- 4 Dispor de todo o cuidado necessário para evitar rasuras, dobras, sujeiras ou quaisquer outros danos na documentação durante o seu manuseio e coleta de dados.

25/08/2019

Nome e Assinatura da pesquisadora responsável pela coleta de dados nos prontuários de saúde
Sirlaine de Pinho 

ANEXO C – Publicações em anais científicos.

Anais - IV Congresso Nacional de Oncologia da Associação Presente de Apoio a Pacientes com Câncer "Padre Tiãozinho"

Elegibilidade para Atendimento Domiciliar na Rede de Saúde Pública do Brasil em 2018

Sirlaine de Pinho¹; Lucinéia Pinho¹; Rosângela Ramos Veloso Dias¹; Mânia de Quadros Coelho Pinto¹; Antônio Prates Caldeira¹; Simone de Melo Costa¹

Introdução: Atenção domiciliar 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. **Objetivo:** Descrever as características demográficas de pessoas elegíveis para atendimento domiciliar na rede de saúde pública do Brasil, em 2018. **Método:** Estudo ecológico descritivo, na quantificação de dados de elegibilidade para atendimento domiciliar no sistema único de saúde, em 2018. As informações foram consolidadas a partir de dados do Ministério da Saúde, de domínio público. Os dados foram quantificados em números absolutos, por faixa etária, sexo e cor/raça, seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados:** Foram cadastradas como elegíveis para o atendimento domiciliar 57.744 pessoas, sendo 247 (0,43%) menores de 28 dias, 1264 (2,19%) de 28 dias a cinco anos, 806 (1,40%) de seis anos a 14 anos, 3352 (5,80%) de 15 a 29 anos, 13135 (22,75%) de 30 a 59 anos, 22431(38,85%) de 60 a 79 anos, 15211 (26,34%) com idade igual e mais que 80 anos. No sexo feminino foram elegíveis 30392 (52,63%) e masculino 27346 (47,36%). Quanto à cor/raça 26735 (46,30%) eram brancos, 4391 (7,60%) pretos, 1680 (2,91%) amarelos, 19900 (34,46%) pardos, 14 (0,02%) indígenas e 40 (0,07%) não tinham informações de raça/cor. **Conclusão:** A maioria das pessoas elegíveis para o atendimento domiciliar era da faixa etária idosa, mulheres, e registrados com cor de pele branca.

Palavras-chave: Visita domiciliar, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde.

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Sirlaine de Pinho, Rua Bela Vista 24, - Maracanã, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: sirlainedepinho@yahoo.com.br

RESUMO - PÔSTER - SAÚDE COLETIVA

**PROCEDÊNCIA DE INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS PARA O ATENDIMENTO
DOMICILIAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS***Cristiane Vieira Da Silva (jg.cristiane@gmail.com)**Sirlaine De Pinho (sirlainedepinho@yahoo.com.br)**Lucineia De Pinho (lucineiapinho@hotmail.com)**Rosângela Ramos Veloso Silva (rosaveloso9@gmail.com)**Antônio Prates Caldeira (antonio.caldeira@unimontes.br)**Mania De Quadros Coelho Pinto (maniaquadros@gmail.com)**Isabela De Sá Oliveira (isabelasa23@hotmail.com)**Simone De Melo Costa (smelocosta@gmail.com)*

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta serviços de atenção domiciliar a pacientes com necessidade de continuidade do cuidado. Se o paciente estiver estável, o cuidado pode ser efetuado pela própria equipe de Saúde da Família/Atenção Básica. Para os pacientes diagnosticados por casos mais complexos, o acompanhamento é realizado por equipes multiprofissionais dos serviços de atenção domiciliar do SUS. Objetivo: Esta investigação objetivou descrever a procedência dos pacientes com elegibilidade para a atenção domiciliar no serviço público do estado de Minas Gerais (MG), Brasil. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de cunho ecológico descritiva, com investigação de dados agregados consolidados pelo Ministério da Saúde brasileiro. Os dados se referem aos 13.436 pacientes com elegibilidade para receber o atendimento domiciliar na rede SUS de MG, no ano de 2018. Esta pesquisa faz parte de um estudo maior sobre a temática desospitalização e atenção domiciliar, aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos sob parecer consubstanciado nº 3.582.723. As variáveis consideradas no presente estudo foram relacionadas à procedência dos pacientes elegíveis para a atenção domiciliar: da Atenção Básica, de hospital, de unidade de pronto atendimento, das Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), por iniciativa de pacientes terceiros e outras procedências. Resultados: Entre os registros de elegibilidade para a atenção domiciliar na rede pública em MG, constatou-se que 1.605 (11,95%) pacientes eram procedentes da Atenção Básica, 7.201 (53,59%) procedentes de hospitais, 3.714 (27,64%) de Unidades de Pronto-Atendimento, oito (0,05%) eram procedentes de CACON/UNACON, 125 (0,93%) pacientes foram registrados como elegíveis a partir de iniciativas de pacientes terceiros e 783 (5,83%) eram provenientes de outras procedências. Conclusão: Os pacientes elegíveis para a atenção domiciliar no estado de Minas Gerais, Brasil, no âmbito da saúde pública, são majoritariamente procedentes de hospitais, seguido de unidades de pronto-atendimento.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

RESUMO - PÔSTER - SAÚDE COLETIVA

ELEGIBILIDADE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR E SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS PACIENTES: DADOS DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.*Sirlaine De Pinho (sirlainedepinho@yahoo.com.br)**Aurélia Regina De Andrade (asandrade@rocketmail.com) Wille**Dingsor (Wille.dingsor@funorte.edu.br)**Lucineia De Pinho (lucineiapinho@hotmail.com)**Rosângela Ramos Veloso Silva (rosaveloso9@gmail.com)**Antônio Prates Caldeira (antonio.caldeira@unimontes.br) Isabela**De Sá Oliveira (isabelasa23@hotmail.com) Simone De Melo**Costa (smelocosta@gmail.com)*

Introdução: O serviço de atendimento domiciliar na rede de serviços da saúde pública é recomendado para pacientes com dificuldades de locomoção para chegar aos serviços de saúde, mesmo que sejam temporárias. Também é recomendado para aqueles com situações de saúde em que o tratamento é mais indicado no ambiente domiciliar. O atendimento domiciliar é efetuado pelas equipes de saúde formadas por profissionais com diferentes formações, ou seja, multidisciplinar. Objetivo: Descrever as situações de saúde de pacientes com elegibilidade para a atenção domiciliar no serviço público do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Metodologia: Pesquisa ecológica, com análise descritiva. Investigou dados de sistema de informação do Ministério da Saúde brasileiro. Os dados se referem à totalidade de registros no ano de 2018, para o referido município (n = 134). O presente estudo faz parte de um estudo de campo mais amplo, que investiga desospitalização e atenção domiciliar, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado nº 3.582.723. Neste recorte de estudo foram estudadas 15 variáveis relacionadas à condição de saúde do paciente elegível para a atenção domiciliar. A estatística foi descritiva, e os resultados foram apresentados por meio de valores absolutos e percentuais. Resultados: Entre os registros de elegibilidade para a atenção domiciliar em Montes Claros, 124 (92,54%) estavam na condição de acamados, 54 (40,30%) apresentavam úlceras/feridas, 115 (85,82%) necessitavam de acompanhamento nutricional, 34 (25,35%) usavam sonda nasoenteral (SNE), 14 (10,45%) tinham gastrostomia, três (2,24%) tinham colostomia, um (0,75%) necessitava de acompanhamento pós-operatório, nenhum dos pacientes (0,00%) apresentava necessidade de adaptação de uso de órtese/prótese, 124 (92,54%) precisavam de fazer a reabilitação domiciliar, 10 (7,46%) demandavam cuidados paliativos oncológicos, 25 (18,66%) necessitavam de cuidados não paliativos oncológicos, cinco (3,73%) precisavam de oxigenoterapia domiciliar, 10 (7,46%) faziam uso de aspirador para higiene e 15 (11,19%) estavam na condição de traqueostomia. Conclusão: Entre os pacientes elegíveis para a atenção domiciliar no município de Montes Claros destacam-se as três situações de saúde com maior número de registros no sistema de informação ministerial, condição de acamados, necessidade de reabilitação em domicílio e demanda de acompanhamento nutricional.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico -CNPq.

**PERFIL DEMOGRÁFICO DE PESSOAS ELEGÍVEIS PARA ATENÇÃO
DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

Isabela De Sá Oliveira (isabela23@hotmail.com)
Sirlaine De Pinho (sirlainedepinho@yahoo.com.br)
Cristiane Vieira Da Silva (jg.cristiane@gmail.com)
Aurélia Regina De Andrade (asandrade@rocketmail.com)
Lucineia De Pinho (lucineiapinho@hotmail.com) Lara
Santos Cangussu (laracan9@gmail.com) Felipe
Alves Fernandes (felipealfer@gmail.com) Simone De
Melo Costa (smelocosta@gmail.com)

Introdução: O atendimento domiciliar oferece abordagens diferenciadas de cuidado à saúde, e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil demográfico de pacientes elegíveis para a atenção domiciliar no serviço público de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Metodologia: Pesquisa ecológica descritiva, conduzida com dados disponíveis pelo Ministério da Saúde brasileiro. Os dados se referem aos pacientes elegíveis para o atendimento domiciliar na rede SUS de Montes Claros, no ano de 2018. A pesquisa ecológica foi incorporada a uma pesquisa de campo mais ampla, com aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob parecer consubstanciado nº 3.582.723. No presente estudo foram investigadas as variáveis: faixa etária, sexo e cor/raça pelos critérios adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados: Os registros apresentam um total de 134 pacientes, considerados elegíveis para a atenção domiciliar na rede pública do referido município. A distribuição dos pacientes elegíveis por faixa etária se apresentou da seguinte forma: zero (0,00%) crianças menores de 28 dias, seis (4,48%) crianças de 28 dias a cinco anos, duas (1,49%) crianças/adolescentes de seis a 14 anos, 40 (29,85%) adolescentes/adultos de 15 a 29 anos, 50 (37,31%) adultos de 30 a 59 anos, 24 (17,91%) idosos de 60 a 79 anos e, 50 (37,31%) idosos com idade igual ou maior que 80 anos. O sexo feminino foi constituído por 84 pacientes (62,69%), e o masculino formado por 38 pessoas (28,36%). A cor/raça dos pacientes elegíveis foi branca para nove deles (6,72%), preta para cinco pacientes (3,73%) e amarela para 82 (61,19%). Não houve pacientes registrados para a cor/raça parda e indígena. Entre os dados não foram constatados registros de cor/raça para 28,36% dos pacientes. Conclusão: O perfil demográfico dos pacientes elegíveis para a atenção domiciliar em Montes Claros apresentou ser formado por adultos de 30 a 59 anos e por idosos com idade igual e maior que 80 anos, com predomínio também de mulheres e de pessoas com cor de pele amarela.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Agradecimentos à Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes pelo processo de iniciação científica.

RESUMO - PÔSTER - SAÚDE COLETIVA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS*Maria Theresa Souza Santana (tetesouza12012@gmail.com)**Sirlaine De Pinho (sirlainedepinho@yahoo.com.br)**Lara Santos Cangussu (laracan9@gmail.com) Felipe**Alves Fernandes (felipealfer@gmail.com) Wille Dingsor**(Wille.dingsor@funorte.edu.br)**Rosângela Ramos Veloso Silva (rosaveloso9@gmail.com)**Antônio Prates Caldeira (antonio.caldeira@unimontes.br)**Simone De Melo Costa (smelocosta@gmail.com)*

Introdução: No âmbito do serviço público de saúde, a atenção domiciliar ofertada na moradia do indivíduo envolve ações voltadas para promover saúde, prevenir e tratar doenças, além de ações de reabilitação. Dessa forma garante-se a continuidade da atenção à saúde, de forma integrada na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo: Descrever as características demográficas de pessoas elegíveis para o atendimento domiciliar na rede de saúde pública no estado de Minas Gerais. Metodologia: Pesquisa ecológica de cunho descritivo, realizada a partir de dados do Ministério da Saúde sobre elegibilidade para o atendimento domiciliar no SUS de Minas Gerais, em 2018. Os dados são de domínio público e estão atrelados a uma pesquisa de campo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado nº 3.582.723. As variáveis avaliadas neste estudo foram: faixa etária, sexo e cor/raça, seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados: Foram registradas 13.436 pessoas elegíveis para a atenção domiciliar. A distribuição dos elegíveis por faixa etária foi: 152 (1,13%) crianças menores de 28 dias, 485 (3,61%) crianças de 28 dias a cinco anos, 162 (1,21%) crianças/adolescentes de seis anos a 14 anos, 876 (6,52%) adolescentes/adultos de 15 a 29 anos, 3345 (24,90%) adultos de 30 a 59 anos, 4.932 (36,7%) idosos de 60 a 79 anos e, 3.218 (24,0%) idosos com idade igual e mais que 80 anos. Quanto ao sexo, constataram-se entre os elegíveis 7.206 (53,63%) pessoas do sexo feminino e 6.230 (46,37%) do sexo masculino. No que diz respeito à cor/raça, não foi registrada essa informação para 16,17% dos pacientes. Entre os pacientes com informação de cor/raça, 4.114 (30,62%) eram brancos, 1.310 (9,75%) pretos, 179 (1,33%) amarelos, 5.659 (42,12%) pardos e um (0,01%) indivíduo foi caracterizado como indígena. Conclusão: As características demográficas predominantes entre as pessoas elegíveis para a atenção domiciliar, na saúde pública do estado de Minas Gerais, correspondem à faixa etária de 60 anos ou mais, do sexo feminino e com cor de pele parda.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Agradecimentos à Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes pelo processo de iniciação científica.

Anais - I Congresso de Nutrição e Saúde (Online)

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL - SAÚDE COLETIVA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA
ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Wille Dingsor Souza Pereira (wille@santacasamontesclaros.com.br)

Sirlaine De Pinho (sirlainedepinho@yahoo.com.br) Auréa

Regina De Andrade (asandrade@rocketmail.com)

Mania De Quadros Coelho Pinto (maniaquadros@gmail.com)

Lucineia De Pinho (lucineiapinho@hotmail.com)

Cristiane Vieira Da Silva (jg.cristiane@gmail.com)

Maria Thereza Souza Santana (tetesouza12012@gmail.com)

Simone De Melo Costa (smelocosta@gmail.com)

Introdução: A Atenção Domiciliar ofertada na saúde pública contribui para redução de hospitalizações desnecessárias e conseqüentemente minimiza o risco de contrair infecções hospitalares. Outra contribuição da Atenção Domiciliar diz respeito a possibilidade de uma melhor gestão de leitos e de outros recursos no âmbito dos hospitais, assim reduz a superlotação de demandas nos serviços de atendimento de casos de urgência e emergência. Objetivo: Pesquisa com objetivo de descrever as condições de saúde de pacientes com elegibilidade para a atenção domiciliar no serviço público do estado de Minas Gerais (MG), Brasil. Metodologia: Trata-se de pesquisa ecológica descritiva, com investigação de dados de sistema de informação do Ministério da Saúde brasileiro. Os dados analisados dizem respeito ao ano de 2018, e se referem ao total de cadastros (n = 13.436) de pacientes com elegibilidade para receber o atendimento domiciliar na rede SUS de MG. O presente estudo compõe um estudo maior sobre desospitalização e atenção domiciliar, com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, sob parecer substanciado nº 3.582.723. Foram estudadas 16 variáveis relacionadas à condição de saúde do paciente considerado elegível para a atenção domiciliar. Os dados foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Resultados: Entre os pacientes elegíveis para a atenção domiciliar em MG, 4.423(32,9%) estavam na condição de acamados, 3.076(22,90%) apresentavam úlceras/feridas, 1.569 (11,68%) necessitavam de acompanhamento nutricional, 60 (0,45%) usavam sonda nasogástrica, 995 (7,41%) usavam sonda nasoenteral (SNE), 574(4,27%) com gastrostomia, 159(1,18%) com colostomia, 75 (0,56%) com citostomia, 691(5,14%) com necessidade de acompanhamento pós-operatório, 44(0,33%) com necessidade de adaptação de uso de órtese/prótese, 3.020 (22,48%) precisavam de fazer reabilitação domiciliar, 819 (6,10%) demandavam cuidados paliativos oncológicos, 704 (5,24%) necessitavam de cuidados não paliativos oncológicos, 841(6,26%) precisavam de uso de oxigenoterapia domiciliar, 204(1,52%) faziam uso de aspirador para higiene e 437(3,25%) faziam uso de traqueostomia. Conclusão: Entre as condições de saúde mais frequentes registradas para pacientes elegíveis para a atenção domiciliar no estado de Minas Gerais, Brasil, encontram-se a condição de acamados, presença de úlceras/feridas, necessidade de reabilitação domiciliar e de acompanhamento nutricional.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

Resumo expandido publicado nos Anais do FEPEG 2019



AUTOR(ES): MARIA EDUARDA FERREIRA RUAS, SIRLAINE DE PINHO, MÂNIA DE QUADROS COELHO PINTO, LUCINÉIA DE PINHO, ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA e SIMONE DE MELO COSTA.

ORIENTADOR(A): SIMONE DE MELO COSTA

Atenção Domiciliar e Saúde Pública: Estudo Bibliométrico

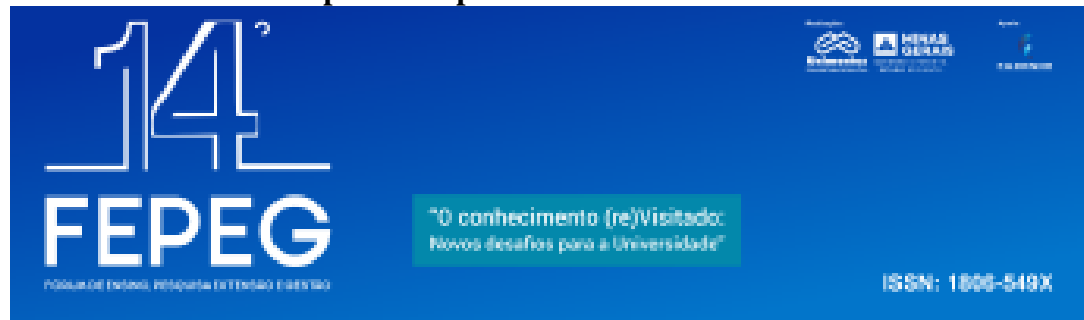
Introdução

A busca por uma melhor qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida da população geram necessidades de implementar novas formas de atenção e promoção de saúde aos usuários do sistema público. Nessa perspectiva, a Atenção Domiciliar, regida pela portaria n° 825, de 2016, do Ministério da Saúde, é uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

A Atenção Domiciliar propõe o cuidado individualizado e contextualizado com a realidade do sujeito, sendo capaz de favorecer a recuperação da condição de saúde do usuário (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010). A implementação desse tipo de serviço contribui para o atendimento de pacientes em casa, por meio do cuidado integral e humanizado. Também propicia o processo de educação e promoção de saúde, tanto para o paciente quanto para a família, buscando qualidade de vida para ambos (SILVA et al., 2017).

Os serviços de Atenção Domiciliar estão em crescimento no Brasil, seguindo a tendência mundial do envelhecimento populacional. A expansão das doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes demanda uma nova lógica de cuidado no âmbito familiar. A Atenção Domiciliar está possibilitando, portanto, a quebra do modelo hegemônico hospitalocêntrico, pelo empoderamento das famílias no atendimento ao paciente, preservando autonomia e

Dois Resumos expandidos publicados nos Anais do FEPEG 2020



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.

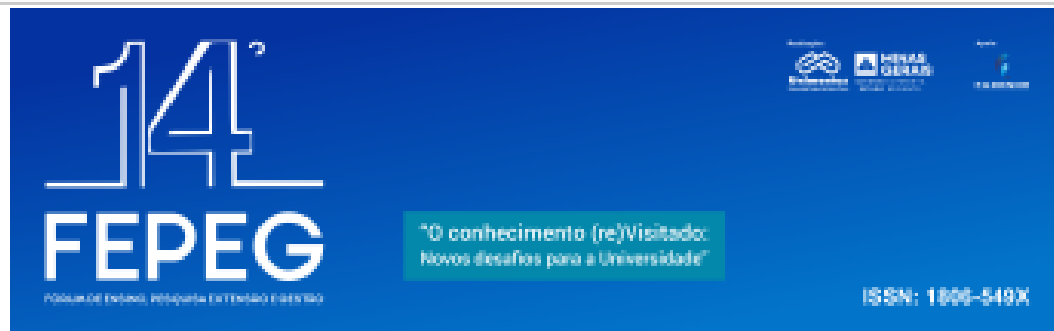
Material e Métodos

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 mestranda 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 incluídas as referências relacionadas ao tema 'visita domiciliar na atenção em odontologia' e excluídas aquelas não relacionadas ao tema e as duplicadas nas diferentes bases de indexação da BVS. Para as referências incluídas, 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.



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 contemplem 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, leva-se 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: `tu:(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