

ÉRIKA GUIMARÃES LAGE

FATORES ASSOCIADOS A NÃO EFETIVAÇÃO DA ALTA NA ATENÇÃO
DOMICILIAR PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2018

ÉRIKA GUIMARÃES LAGE

FATORES ASSOCIADOS A NÃO EFETIVAÇÃO DA ALTA NA ATENÇÃO
DOMICILIAR PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Vânia de Souza

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2018

L174f Lage, Érika Guimarães.
Fatores associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar para a Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Érika Guimarães Lage. -- Belo Horizonte: 2018.
78f.: il.
Orientador: Vânia de Souza.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Assistência Domiciliar. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Estudos Epidemiológicos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Souza, Vânia de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 200

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

ATA DE NÚMERO 575 (QUINHENTOS E SETENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ERIKA GUIMARÃES LAGE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de março de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "FATORES ASSOCIADOS A NÃO EFETIVAÇÃO DA ALTA NA ATENÇÃO DOMICILIAR PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da aluna **Erika Guimarães Lage**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Vânia de Souza (orientadora), Karla Rona da Silva e Bruna Figueiredo Manzo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

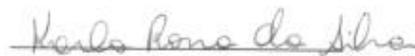
REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de março de 2018.

Profª. Drª. Vânia de Souza
Orientadora (EE/UFMG)



Profª. Drª. Karla Rona da Silva
(EE/UFMG)



Profª. Drª. Bruna Figueiredo Manzo
(EE/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPC,
Em 03/04/18


Profª. Dra. Adriana Oliveira

Agradecimentos Formais

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES
Pelo incentivo financeiro na concessão da bolsa de mestrado.

A minha orientadora, **Vânia de Souza**,
Pela parceria e por me proporcionar momentos de conhecimento e muito aprendizado.

Às Professoras **Fernanda Penido e Mery Natali**,
Pelas consultorias e contribuições para esse estudo.

Às professoras **Bruna Figueiredo Manzo, Karla Rona da Silva, Cláudia Maria de Mattos Penna e Fernanda Penido Matozinhos** pela disponibilidade de participar da banca examinadora desse estudo.

Aos **professores da UFMG**,
Pelo aprendizado na graduação e na pós-graduação, por transmitirem o conhecimento necessário para vencer mais uma etapa na academia.

Aos bibliotecários do setor de referência. **Mariza Talim, Fabian Santos e Gesner Xavier**,
Pelo apoio nas pesquisas bibliográficas.

A **Jéssica Santos**,
Por me auxiliar na construção do instrumento de coleta, do banco de dados e na dupla digitação.

*A minha amiga, **Andréia Ribeiro,***

*Por me apoiar em todos os momentos dessa longa caminhada do mestrado. Obrigada
por compartilhar comigo o seu conhecimento, a sua gestão e a sua amizade.*

*Aos amigos do Serviço de Atenção Domiciliar **Leila Thomé, Kely Fagundes, Luciano***

Freitas, Erivelton Carvalho e Vinícius Pimenta,

*Não tenho palavras para agradecer a prontidão e a dedicação de vocês para essa
pesquisa.*

*A toda **equipe do SAD,***

Por contribuírem com a essa investigação.

Agradecimentos Gerais

*Aos meus pais, **Auxiliadora, Ildeu,** e minha irmã, **Viviane,**
Pelo carinho e orações.*

*A meu esposo, **Waldecy,**
Pelo seu amor, companheirismo, sua dedicação e por compreender os momentos em
que te troquei pela minha orientadora ou pelo computador.*

*A minha sobrinha **Thaís de Assis,**
Pelo seu carinho e presença constante em minha vida, ainda que para me lembrar das
minhas ausências.*

*Aos amigos e parceiros do mestrado, **Priscilla Melo, Rafaela Schreck e João André,**
Pela amizade, carinho e o conforto nos momentos em que nada parecia dar certo.*

*A toda a minha **família,**
Pelo apoio e por entenderem a minha ausência constante.*

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram com este estudo.

Muito Obrigada!!!!

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, *palição* e promoção à saúde prestada em domicílio, garantindo a continuidade da assistência a pessoas que demandam o cuidado clínico, mas, sem a necessidade de hospitalização. O processo de integração do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com outros serviços da RAS e particularmente com a Atenção Primária à Saúde (APS) revela dificuldades, principalmente as relacionadas aos mecanismos de entrada e de continuidade do cuidado pela APS após a alta do SAD, sendo ainda escassos os estudos relacionados a tais limitações. **Objetivo:** Analisar os fatores associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de AD para a APS. **Método:** Estudo epidemiológico de delineamento transversal, realizado em 2017, tendo como cenário um Serviço de AD da região metropolitana do Estado - Minas Gerais – Brasil. Os dados são secundários de prontuários e do banco de dados do serviço de 157 usuários atendidos pelas Equipes Multiprofissionais de AD Clínicas em 2016, incluindo aqueles que assistidos em 2016 permaneciam em 2017 até o período da coleta. Foram analisadas as características sociodemográficas e econômicas, de saúde, comportamentais e de acesso ao SAD dos usuários, bem como as características sociodemográficas de seus cuidadores. A análise se deu pelo programa Stata, versão 14.0, utilizando-se a regressão logística para determinar os fatores associados a não efetivação da alta do SAD para a APS. **Resultados:** Entre os usuários investigados 22,29% não efetivaram alta para a APS. Observou-se que o aumento da idade e da frequência de visitas recebidas pelos usuários associaram-se a não efetivação da alta. Além disso, ter renda superior a 3 salários mínimos aumentou (2,55 vezes) a prevalência de não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS em relação aos usuários de renda inferior (até 1 salário mínimo). Ser proveniente da Unidade de Pronto Atendimento, por sua vez, diminuiu a prevalência de não efetivação da alta dos usuários - quando controlado pelas demais variáveis presentes no modelo. **Conclusão:** Pode-se perceber a existência de um grupo de usuários nos quais o SAD tem dificuldades na efetivação da alta para APS, estando à alta também vinculada ao tipo de acesso ao serviço. Este trabalho avança na perspectiva de novas informações epidemiológicas e da análise de dados ainda não totalmente explorados sobre a atenção domiciliar.

Descritores:

Assistência Domiciliar. Assistência Integral a Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Serviços de Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Home Care consists of a health care integrated into the Health Care Network, characterized by a set of preventive, treatment, rehabilitation, palliation and health promotion actions provided at home, guaranteeing the continuity of the assistance to people who require clinical care, but without the need for hospitalization. The process of integrating Home Care Service with other services and particularly with Primary Health Care (PHC) reveals difficulties, especially those related to the mechanisms of entry and continuity of PHC care after discharge from Home Care Service, and studies are still scarce related to such limitations. **Method:** Epidemiological study of a cross-sectional design, carried out in 2017, based on an Home Care Service of the metropolitan region of the State - Minas Gerais - Brazil. Data are secondary to medical records and database of 157 users served by Multiprofessional Home Care Clinical Teams in 2016, including those assisted in 2016 remaining in 2017 until the collection period. Sociodemographic and economic characteristics, health, behavioral and access to the Home Care Service of the users, as well as sociodemographic characteristics of their caregivers, were analyzed. The analysis was carried out by the Stata program, version 14.0, using the logistic regression to determine the factors associated with non-effective discharge from SAD to PHC. **Outcome:** Among the users investigated, 22.29% did not register discharge for PHC. It was observed that the increase in the age and the frequency of visits received by the user were associated with the non-effectiveness of the users' discharge. In addition, having an income higher than 3 minimum wages increased (2.55 times) the prevalence of non-effective increase of Home Care Service users to PHC compared to lower income users (up to 1 minimum wage). Being from the Emergency care unit, in turn, decreased the prevalence of non-effectiveness of the users' discharge - when controlled by the other variables present in the model. **Conclusion:** With the result of this study, it is possible to perceive the existence of a group of users in whom Home Care Service has difficulties in effecting the discharge to APS, being the discharge also related to the type of access to the service. Although in its results it was not possible to identify the temporality of the associations shown in the result, because it is a cross-sectional study, this work advances in the perspective of new epidemiological information and the analysis of data not yet fully explored on home care.

Home Nursing. Comprehensive Health Care. Home Care Services. Health services.
Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Critérios de elegibilidade dos usuários nas modalidades de Atenção Domiciliar	18
Figura 2	- EMAD por Equipes, distritos, vinculação e população	34
Figura 3	- Fluxograma amostral do estudo.....	36
Quadro 1	- Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas, de saúde e comportamentais e de acesso ao SAD dos usuários.....	38
Quadro 2	- Descrição das variáveis sociodemográficas dos cuidadores.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Perfil dos usuários atendidos no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 -2017.....	43
Tabela 2	- Perfil sociodemográfico dos cuidadores responsáveis pelos usuários atendidos no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 - 2017.....	44
Tabela 3	- Frequência de altas para a APS no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 -2017.....	44
Tabela 4	- Caracterização dos usuários quanto a não efetivação da alta. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.....	46
Tabela 5	- Caracterização dos cuidadores quanto a prevalência da não efetivação da alta dos usuários. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.....	47
Tabela 6	- Análise não ajustada dos potenciais fatores dos usuários associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.....	48
Tabela 7	- Análise não ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos dos cuidadores associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.....	49
Tabela 8	- Análise ajustada dos fatores associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	-	Atenção Domiciliar
AD1	-	Modalidade de Atenção Domiciliar 1
AD2	-	Modalidade de Atenção Domiciliar 2
AD3	-	Modalidade de Atenção Domiciliar 3
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	-	Atenção Primária à Saúde
BH	-	Belo Horizonte
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT		Comissão Intergestores Tripartite
EE-UFGM	-	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EMAD	-	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	-	Equipe Multiprofissional de Apoio
EUA	-	Estados Unidos da América
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GTT	-	Gastrostomia
HSPE	-	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
IC 95%	-	Intervalo de Confiança de 95%
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IC 95%	-	Intervalo de Confiança de 95%
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQ	-	Intervalo Interquartil
IVS	-	Índice de Vulnerabilidade Social
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
PNS	-	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RP	-	Razão de Prevalência
RS	-	Rio Grande do Sul
RUE	-	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	-	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	-	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SOD	-	Serviço de Oxigenoterapia
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
VD	-	Visita Domiciliar
WHO	-	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 Rede de Atenção à Saúde – RAS.....	24
3.2 A Regulamentação da Atenção Domiciliar no Brasil.....	27
3.3 Experiências da organização dos serviços de Atenção Domiciliar e a articulação com a RAS	29
4. MÉTODO	33
4.1 Tipo de Estudo.....	33
4.2 Cenário	33
4.3 População do estudo, critérios de inclusão e de exclusão	34
4.4 Amostragem	35
4.5 Coleta de dados.....	36
4.6 Variáveis do Estudo.....	37
4.6.1 Variável Desfecho	37
4.6.2 Variáveis de exposição	38
4.7 Digitação dos dados.....	39
4.8 Análise dos dados	39
4.9 Aspectos éticos	40
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO	52
7. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXO	69
APÊNDICE	76

Introdução



1. INTRODUÇÃO

A primeira referência da Assistência Domiciliar à Saúde, como forma organizada de cuidados foi o Dispensário de Boston em 1796, nos Estados Unidos da América (EUA), atualmente conhecido como - *New England Medical Center*. Anos mais tarde, em 1850, com a motivação de promover ações de saúde em domicílio, foi organizado o programa de assistência domiciliar, posteriormente denominado *Public Health Nurse*. Outros programas de Atenção Domiciliar (AD) foram criados ao longo dos anos nos EUA, cujas ações envolviam atendimentos considerados de baixa complexidade (AMARAL et al., 2001).

Em 1947, com o intuito de reduzir o volume e o tempo de permanência em internações hospitalares foi criado o primeiro Programa de AD no Hospital de Montefiore, no Bronx – EUA e assim instituída a primeira Unidade de Assistência Domiciliar. Posteriormente, outras se multiplicaram pela América do Norte e Europa, reproduzindo experiências com a mesma finalidade (REHEM; TRAD, 2005). O incremento da AD no cenário mundial foi se tornando condizente com as mudanças demográficas e epidemiológicas com o propósito da desospitalização, redução de custos e uma assistência embasada na humanização (BRAGA et al., 2016).

No Brasil, a prestação de serviços de AD de forma planejada iniciou na década de 60 e se expandiu pelo País, apresentando maior representatividade a partir de 1990, tornando-se necessária a regulamentação de seu funcionamento (SILVA et al., 2010). Entre as primeiras normativas da AD, as principais foram publicadas nos anos de 1998 e 2002 (BRASIL, 1998, 2002a).

Desde então muito se discutiu sobre as formas de se organizar o serviço no sistema público de saúde, seu financiamento e sua articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), levando à publicação de outras portarias. Atualmente o Serviço está regulamentado pela Portaria nº. 825/2016 que redefine a AD no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as equipes habilitadas para o atendimento em domicílio (BRASIL, 2016).

A AD consiste, assim, em uma modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde prestada em domicílio, garantindo a continuidade da assistência a pessoas que demandam cuidado clínico (BRASIL, 2016), mas, sem a

necessidade de hospitalização. É indicada para pessoas que estando em estabilidade clínica necessitam de uma assistência em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitivamente ou em grau de vulnerabilidade em que se considera a AD a oferta mais oportuna para tratamento (BRASIL, 2016).

Neste contexto o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) representa uma forma complementar aos cuidados realizados na Atenção Primária a Saúde (APS) e aos serviços de urgência, podendo ser realizado de forma substitutiva ou complementar aos casos de internação hospitalar (BRASIL, 2016).

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) responsável pela assistência é formada por enfermeiro, médico, auxiliares ou técnico de enfermagem e um profissional fisioterapeuta ou assistente social, podendo ser classificada em EMAD do tipo 1 ou 2. Tais EMAD são diferenciadas de acordo com carga horária dos profissionais médico e enfermeiro, sendo de no mínimo 40 horas na EMAD tipo 1 para ambos os profissionais, enquanto na EMAD tipo 2, o profissional médico tem carga horária mínima de 20 horas e o enfermeiro de 30 horas de trabalho semanais. Há, ainda uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), formada por no mínimo três profissionais de nível superior podendo ser odontólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, com carga horária de 30 horas semanais por profissional, cuja soma deve ser de no mínimo de 90 horas de trabalho por equipe (BRASIL, 2016).

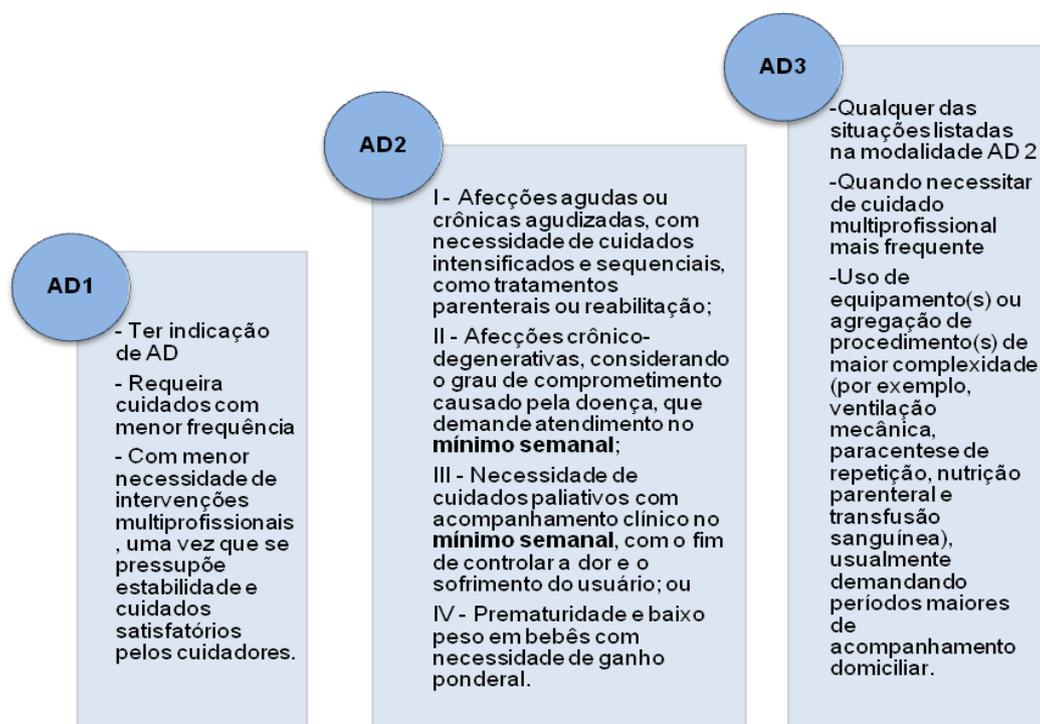
A AD está organizada em três modalidades de assistência: Atenção Domiciliar 1 (AD1), Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3). A determinação dessas modalidades “está atrelada às necessidades de cuidado peculiar a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional realizado pela equipe e ao uso de equipamentos” (BRASIL, 2016, p.33).

Na modalidade AD1, a responsabilidade do cuidado fica a cargo das equipes da APS, correspondendo à prestação de uma assistência “que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores” (BRASIL, 2016, p.34) (FIGURA 1).

As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do SAD e realizadas no domicílio de acordo com encaminhamentos de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), APS, demanda espontânea da população e demanda judicial. A

assistência nas modalidades AD2 e AD3 demandam cuidados intensificados e sequenciais como tratamentos parenterais ou de reabilitação, cuidados multiprofissionais com frequência mínima semanal, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade como ventilação mecânica, paracentese de repetição e transfusão sanguínea (BRASIL, 2016) (FIGURA 1). O número de usuários atendidos na AD pode sofrer variações, apresentando uma média de 30 a 60 por mês, como estimado na portaria 825/2016 (BRASIL, 2016).

Figura 1- Critérios de elegibilidade dos usuários nas modalidades de Atenção Domiciliar



Fonte: BRASIL, 2016

A importância da divisão da AD em modalidades está na compreensão do perfil de atendimento predominante possibilitando a adequação do planejamento e gestão dos recursos humanos e materiais, bem como dos fluxos intra e intersetoriais (BRASIL, 2016). Além disso, a adoção dessas tipologias classificatórias é um dispositivo importante para a gestão do cuidado, por subsidiar o planejamento e a integração das ações (PIRES et al., 2013).

Para que o SAD seja realizado é necessário além dos critérios apresentados na Figura 1, a identificação de um cuidador, responsável pelo usuário no domicílio. O cuidador é definido pela portaria vigente da AD como a pessoa, com ou sem vínculo

familiar com o usuário, apta a auxiliá-lo em suas necessidades e atividades cotidianas e que, dependendo da condição clínica e funcional do usuário deve estar presente no atendimento em domicílio (BRASIL, 2016).

De acordo com a Portaria n.º 825/2016, a organização do SAD é recomendada a partir de uma base territorial, sendo referência em AD para uma população definida, devendo se relacionar com os demais serviços de saúde que estão inseridos na RAS, e, especialmente com a APS (BRASIL, 2016). Nos casos de estabilidade e de melhora do quadro, as pessoas assistidas devem ser encaminhadas, isto é, receberem alta para a APS adstrita. Já os quadros de *agudização* ou de agravos clínicos devem ser encaminhados para instituições hospitalares ou UPA (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que a articulação entre as equipes do SAD e a APS é uma garantia para o funcionamento da AD, pois ainda que a pessoa assistida não esteja sob a responsabilidade das equipes da APS, quando inserida nas modalidades AD2 ou AD3 é importante que a APS acompanhe e apoie as equipes SAD, para facilitar o processo de alta do SAD para a modalidade AD1 no momento devido (BRASIL, 2016). Uma boa vinculação entre o SAD e a APS pode avaliar uma assistência mais resolutiva e de qualidade, sem a necessidade de hospitalização.

O processo de integração do SAD com outros serviços da RAS e particularmente com a APS revela, no entanto, dificuldades, principalmente as relacionadas aos mecanismos de entrada e de continuidade do cuidado pela APS após a alta do SAD. Esta transposição da responsabilização do usuário do SAD para a APS é apontada como uma preocupação frequente entre profissionais do SAD (SILVA et al., 2010). A incerteza da continuidade do cuidado é também ressaltada como responsável pelo adiamento da alta do usuário da AD (PAIVA et al., 2016).

Ainda que as dificuldades de articulação do SAD não se limitem às APS, envolvendo outros serviços da rede, a articulação com a APS é apontada como um desafio para ambos os serviços para construir estratégias coletivas de trabalho, bem como a melhoria da infraestrutura da APS, de forma a facilitar a interação entre os serviços (ANDRADE et al., 2013).

Quando o SAD não conta com a retaguarda da APS ele acaba sobrecarregado, mantendo na AD usuários crônicos ou os que demandam cuidados mais complexos, mas que se encontram estáveis e em condições de serem acompanhados pela APS (BRITO et

al., 2013; BRASIL, 2011f). Isto faz com que a taxa de permanência no SAD esteja sempre elevada, gerando um ciclo vicioso (BRASIL, 2011f).

Na literatura são ainda escassos os estudos relacionados às dificuldades enfrentadas pelo SAD para efetivar a alta de seus usuários para a APS, sendo necessário um aprofundamento sobre a articulação e a integração do SAD com as RAS, e, principalmente com a APS para a garantia da resolutividade do serviço (PAIVA et al., 2016; ANDRADE et al., 2013).

Os fatores associados às características dos cuidadores nos domicílios são também aspectos que merecem ser mais investigados (CARVALHO et al., 2015; QUEIROZ et al., 2010). As investigações nesta área estão mais frequentemente associadas aos entraves e às limitações da APS para a continuidade dos cuidados em domicílio (SAVASSI, 2016; SILVA et al., 2010; FEUERWERKER, MERHY, 2008). Outras também se referem à sobrecarga de trabalho dos cuidadores (COSTA et al., 2015; FERREIRA et al., 2011) ou à sobrecarga de trabalho relacionada a qualidade de vida do cuidador (RODRIGUES et al., 2014; WACHHOLZ et al., 2013).

Assim, neste estudo foi priorizada a análise sobre os fatores associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no SAD para a APS, isto é, das pessoas que permanecem assistidas no SAD embora já estejam enquadradas nos critérios de elegibilidade para a modalidade AD1. O conceito de alta efetivada corresponde assim, aos usuários que alcançaram os critérios de elegibilidade para a modalidade AD1 e que tiveram a transferência do SAD realizada para a APS.

Espera-se que os aprofundamentos sobre os fatores associados a não efetivação da alta do SAD para a APS possam contribuir para a melhoria da articulação entre esses dois serviços; incentivar a construção de planos de cuidado compartilhados entre ambos; auxiliar no planejamento das ações para a garantia da continuidade do cuidado ao usuário que não mais necessita de uma assistência domiciliar nas modalidades AD2 ou AD3, reforçando de tal forma o papel da AD como uma assistência complementar à APS (BRASIL, 2016).

Objetivos



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra de usuários do estudo;
- Descrever o perfil dos cuidadores dos respectivos usuários do estudo;
- Estimar a prevalência da não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde;
- Identificar os fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais, de saúde e de acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar associados a não efetivação da alta para a APS.

Referencial Teórico



3. REFERENCIAL TEÓRICO

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada ocorreu em 1920, com a publicação do Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido. Este relatório resultou do debate sobre as mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial. “Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p.2308). Foi um dos primeiros documentos que utilizou o conceito de APS em uma visão de “organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma área geográfica definida” (LAVRAS, 2011, p.868). As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico, em 1948 e orientou a reorganização dos sistemas de saúde em outros países do mundo (LAVRAS, 2011), ainda que com as devidas adaptações às especificidades locais para a organização das redes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

3.1 Rede de Atenção à Saúde – RAS

A construção de uma rede é baseada na identificação dos problemas de saúde e na constatação que esses problemas não se distribuem de forma uniforme na população, no espaço e no tempo, envolvendo, ainda tecnologias de diferentes complexidades e custos. É, portanto primordial que a organização dos serviços de saúde seja condizente com os problemas de uma determinada população e se revertam em ações necessárias para este fim. “Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização)” (KUSCHNIR et al., 2009, p.128).

A noção de rede remete a muitos significados e concepções e se relacionam em sua maioria ao sentido de conexão, comunicação e entrelaçamento. Em uma rede de ações e serviços de saúde se pressupõe esse mesmo sentido. Dessa forma, deve se entender que a integração de um serviço a uma rede, compreende o envolvimento de outros setores da rede de saúde (de diferentes complexidades) ou até mesmo outros serviços que se articulam com o setor de saúde, auxiliando no cumprimento de suas demandas (KUSCHNIR et al., 2011).

A Rede Integrada de Serviços de Saúde pode de tal forma, ser definida como, “[...] organizações que provêm, ou fazem arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ OPAS, 2010, p.9).

As propostas mais recentes de RAS tiveram sua origem, no início dos anos 90, com as experiências de sistemas integrados de saúde nos EUA (MENDES, 2011). O intuito era atender a necessidade de um sistema competitivo, fragmentado que utilizou estratégias de regionalização relacionadas à transferência de riscos financeiros e a adoção de fortes mecanismos de controle de acesso ao serviço. Na Europa Ocidental e também no Canadá, de forma mais semelhante com o Brasil, são destaques a universalização do acesso, os princípios da promoção da equidade e da integração, bem como as estratégias de regionalização e hierarquização (SILVA, 2011).

Na Constituição Federal Brasileira, de 1988, artigo 198, já estavam previstas ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A implementação da RAS no âmbito do SUS, é regulamentada por meio da Portaria MS/GM nº 4.279 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a sua organização no SUS e as define como um conjunto de ações e serviços de saúde organizados em diferentes densidades tecnológicas e que se integram por meio dos sistemas de apoio, logístico e de gestão. O intuito é garantir a integralidade do cuidado, tendo em vista a promoção da integração sistêmica das ações e dos serviços de saúde, com o provimento de uma atenção de forma contínua (BRASIL, 2010).

A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como o centro de comunicação a APS, por se tratar do primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Sua operacionalização é realizada por meio da interação dos seus três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A População é o principal elemento da rede, sendo delimitada de acordo com os territórios sanitários, cadastrada e registrada em subpopulações, de acordo com os riscos socio sanitários (MENDES, 2010).

A estrutura operacional é o segundo elemento da RAS e constituída por cinco componentes: (1) a APS é o centro de comunicação que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de saúde; (2) os pontos de atenção secundários e terciários são os locais em que se ofertam determinados serviços de saúde, se diferenciando pela oferta de serviços especializados e por suas respectivas densidades tecnológicas. Os pontos de atenção terciária apresentam maior densidade tecnológica que os de atenção secundária; (3) os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes, nos quais são prestados serviços comuns aos demais pontos de atenção à saúde, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde; (4) os sistemas logísticos são soluções tecnológicas ancoradas nos sistemas de informação, que garantem a organização dos fluxos e contrafluxos das informações, produtos e pessoas na RAS. Ele permite o referenciamento das pessoas e a troca de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção e de sistemas de apoio. Os principais deles são o cartão de identificação dos usuários; o prontuário clínico; os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde; os sistemas de transporte em saúde; e (5) os sistemas de governança das redes de atenção, correspondente a um arranjo organizativo que possibilita a gestão dos componentes das RAS, de forma a gerar um excedente cooperativo, aumentando a interdependência dos serviços de saúde, de modo a obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Seu objetivo é definir objetivos e metas a curto, médio e longo prazo, articular políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas, bem como planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (MENDES, 2010).

Os Modelos de Atenção à Saúde, último elemento constitutivo da RAS, são sistemas lógicos responsáveis por organizar todo o funcionamento da rede, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos e focos de intervenção, bem como pelos diferentes tipos de intervenções sanitárias, estabelecidas de acordo com as condições de saúde, situações demográficas e epidemiológicas, pelos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e sociedade. A diferenciação desses modelos de atenção se faz de acordo com a ocorrência de eventos agudos e de condições crônicas (MENDES, 2010).

As condições agudas, bem como os eventos decorrentes das condições crônicas agudizadas, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos que se expressam, comumente, por meio de um sistema de classificação de riscos, cuja variável-

chave para a organização das RAS é o tempo-resposta em relação a esse risco (MENDES, 2010).

O modelo de atenção voltado para as condições crônicas compõe-se de seis elementos subdivididos em dois grandes campos, sendo um deles o sistema de atenção à saúde, cujas mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. O outro campo se refere à comunidade, cujas mudanças se concentram na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses elementos se inter-relacionam permitindo desenvolver usuários informados e ativos, bem como preparar as equipes de saúde para a produção de melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2010).

As RAS podem ser organizadas a partir de temas de atenção, segundo as prioridades de saúde em âmbito federal, estadual e municipal, mediante discussão e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2014b). Entre as redes pactuadas na CIT estão a Rede Cegonha, de atenção à gestante; a Rede de Atenção à Urgência e Emergência; a Rede de Atenção Psicossocial; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2011a; 2011c; 2011d; 2012c; 2014a, 2014b).

3.2 A Regulamentação da Atenção Domiciliar no Brasil

Em 1949, já havia no Brasil um serviço de atendimento domiciliar denominado Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), mas foi em 1963 que a AD se iniciou como atividade planejada, pelo setor público, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE). O objetivo principal era a redução do número de leitos ocupados, com a oferta de um tipo restrito de atendimento, englobando cuidados de baixa complexidade clínica (REHEM; TRAD, 2005; AMARAL et al., 2001).

Ainda na década de 90, a AD se torna um serviço organizado na forma de *home care*, embora se mantendo concentrada nas empresas privadas e nos grandes centros urbanos (BRAGA et al., 2016; FEUERWERKER, MERHY, 2008).

A primeira regulamentação da AD surge em 1998, publicada na Portaria Ministerial nº. 2.416/98, estabelecendo os requisitos para o credenciamento de Hospitais, bem como os critérios para realização da internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).

Em abril de 2002 é sancionada a Lei nº 10.424, pelo Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento de serviços correspondentes, além de outras providências regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002a).

Ainda em Abril, é publicada a portaria SAS/MS nº 249, 2002 estabelecendo a AD como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. A mesma portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias para a articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2002b). Assim surge a primeira iniciativa no campo da AD de aproximação entre a assistência de média e alta complexidade com a Atenção Básica (REHEN;TRAD, 2005).

Em 19 de Outubro de 2006, foi instituída a portaria 2.529/2006 considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e estabeleceu ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o SÚS, instituindo-se a internação domiciliar neste sistema (BRASIL, 2006).

Em outubro de 2011, a portaria nº. 2.029/11 (BRASIL, 2011b) foi revogada, pela Portaria 2.527/11, redefinindo a AD no SUS e propondo mudanças como a ampliação dos serviços do SAD em municípios, com a população estimada, pelo IBGE, de 40 mil a 100 mil habitantes, bem como a habilitação dos estabelecimentos de saúde vinculados (BRASIL, 2011e).

O lançamento do Programa Federal de AD no SUS, em novembro de 2011, representou um marco para a prestação de serviços em AD e para a sua organização no sistema público de saúde (BRASIL, 2012b). A AD está estruturada na perspectiva das RAS, sendo um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600 (BRASIL, 2011a).

No decorrer dos anos outras portarias foram instituídas objetivando a organização da AD no contexto das RAS. A última regulamentação foi a Portaria nº 825/2016 redefinindo a AD no SUS, como complementar aos serviços da APS e serviços de urgência; complementar ou substitutiva à internação hospitalar; apresentando ainda a atualização das equipes habilitadas para o atendimento em domicílio. A portaria também estabeleceu os critérios para a habilitação das equipes, bem como o financiamento das equipes (BRASIL, 2016).

Para habilitação das equipes de AD é necessário que o município tenha uma população igual ou superior a 20.000 habitantes, que conte com a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e que possua um hospital de referência no município. Os municípios com população a partir de 20.000 habitantes e inferior a 40.000 habitantes poderão habilitar EMAD do tipo 2 e acima de 40.000 habitantes EMAD do tipo 1. Os municípios com população a partir de 150.000 habitantes poderão solicitar a habilitação de uma segunda EMAD e assim sucessivamente a cada acréscimo populacional de 100.000 habitantes. Para cada EMAD habilitada do tipo 1 ou 2, poderá ser acrescida uma EMAP, sendo possível a implantação de mais uma EMAP a cada três EMAD a mais implantada (BRASIL, 2016).

Ainda de acordo com a regulamentação do SAD o incentivo financeiro para cada EMAD tipo 1 é de R\$50.000,00, do tipo 2 de R\$34.000,00 e para cada EMAP R\$6.000,00. Os valores referentes ao incentivo financeiro são repassados mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado (BRASIL, 2016).

3.3 Experiências da organização dos serviços de Atenção Domiciliar e a articulação com a RAS

Nos últimos anos, a crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro, tem sido considerada um estímulo para a busca de alternativas que contribuíssem com a produção da integralidade na rede de serviços de saúde, mesmo na ausência de uma política formal ampla de financiamento para as práticas assistenciais de desospitalização (FEUERWERKER; MERHY, 2008). O tema que vem sendo estudado não somente no Brasil é apontado por pelo menos quatro campos de motivação para o desenvolvimento da AD sendo eles: desospitalização de internações desnecessárias devido à fragilidade das redes de apoio em situação de vulnerabilidade social; altas antecipadas para ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações decorrentes de internações prolongadas; ampliação dos períodos de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos; e cuidados paliativos para alívio da dor e conforto para a morte (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Em um estudo realizado entre 2005 e 2006, em cinco municípios brasileiros, foi detectado que os serviços de AD apresentavam propostas bem definidas para a sua

organização, estando quatro deles vinculados a hospitais do município e um a APS/Estratégia Saúde da Família (ESF) (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O acesso dos usuários aos SAD era realizado por meio dos hospitais, Pronto Socorro e APS, cabendo a cada equipe da AD a decisão ou não de assumir o usuário. Apesar das propostas bem definidas para a organização do SAD de cada serviço, elas possuíam uma dinâmica própria para o seu funcionamento, inclusive na articulação com a RAS, destacando-se os seguintes aspectos: a qualidade e a humanização da assistência; o trabalho em equipe; a responsabilização e o desenvolvimento de vínculo por parte dos trabalhadores; a participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção dos projetos terapêuticos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Entre as equipes vinculadas aos hospitais as ofertas de AD eram comumente orientadas por determinadas patologias como, aids, cuidados paliativos em câncer, a prematuridade em bebês, doenças pulmonares e feridas. Tanto nos serviços vinculados aos hospitais quanto na APS, os cuidados eram predominantemente para acamados, portadores de doenças crônicas e pessoas em uso de antibioticoterapia venosa (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Na APS foram detectadas maiores dificuldades para o atendimento no domicílio, como a falta de capacitação técnica específica para a AD, bem como a falta de materiais e de tempo disponível para ofertar os cuidados requeridos e ao mesmo tempo responder às demandas da rotina na Unidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Apesar da identificação de determinadas limitações na articulação com a RAS, o estudo conclui que a AD pode contribuir efetivamente para a qualidade da atenção, possibilitando a criação de vínculo entre as equipes e usuário, além de promover a participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção dos projetos terapêuticos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Em outro estudo analisou as práticas de AD nos serviços ambulatoriais e hospitalares e sua constituição como rede substitutiva de cuidado em saúde, em três núcleos de SAD de Belo Horizonte (BH), entre 2005 e 2007. Os resultados revelaram que apesar das dificuldades de articulação entre o SAD do município e as equipes da ESF o contato entre os serviços era intermediado pelo serviço de assistência social, com a finalidade de garantir a continuidade do cuidado após a alta da AD (SILVA et al., 2010). Ressalta-se que o acesso a AD ficou restrito às demandas dos hospitais e das unidades de

Pronto Atendimento, não se identificando o acesso dos usuários por meio de demandas das ESF (SILVA et al., 2010).

Visando compreender a organização da RAS, na perspectiva dos profissionais que atuam na AD, em uma investigação realizada em 2011, foi também apontada entre os profissionais do SAD dificuldades para a articulação com os outros serviços da rede. Por outro lado, foram ressaltadas por esses profissionais a percepção da RAS como uma estratégia para a troca de experiências e conhecimentos entre os diferentes níveis de atenção, remetendo a compreensão da interdependência e da complementariedade entre os serviços que compõem a RAS visando a garantia da integralidade da assistência (ANDRADE et al., 2013).

“No que diz respeito às possibilidades de avanços da rede de atenção foi revelada a articulação efetiva do SAD com a APS, porém com necessidade de melhoria nos quesitos capacitação e compartilhamento de informações para atingir uma real atuação em rede” (ANDRADE et al., 2013, p.116 - 117).

Para pesquisadores da área a AD tem se revelado importante no cenário da saúde ao propiciar novas formas de produção de cuidado, participando da estruturação da RAS e proporcionando novas modalidades de intervenção que contribuem com a superação de modelo de atenção à saúde ainda centrado na clínica (BRITO et. al., 2013).

A estruturação da RAS tem se revelado em um processo em construção, ainda não consolidada no cotidiano dos serviços de saúde, apresentando fragilidades, especialmente na complementariedade dos serviços e em suas interdependências. O trabalho em rede depende da forma como cada serviço atua sobre o que é de sua responsabilidade, impactando sobre o agir do outro, podendo contribuir ou não para a continuidade do cuidado (BRITO et. al., 2013). “Neste contexto, é necessário repensar e propor estratégias para a superação de lacunas existentes, para que a AD possa apresentar avanços significativos na construção de serviços e práticas mais próximas da integralidade” (BRITO et al., 2013, p. 610).

Método



4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, cuja coleta de dados foi realizada nos meses de junho a outubro de 2017.

4.2 Cenário

Estudo realizado em um SAD da região metropolitana do Estado de Minas Gerais – Brasil. Em 2016, a população estimada foi 653.800 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE, 2016a). No último censo de 2010 a população do município foi de 603.442 habitantes, com predominância da faixa etária de 25 a 29 anos e da população feminina 51,48% (310.644 hab.) (IBGE, 2010). O salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 3,6 salários mínimos. Entre os anos de 2000 a 2010, período de realização dos dois últimos censos brasileiros, os dados revelaram que o taxa de envelhecimento da população aumentou em 2,01% (3,96% - 5,97%) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2018).

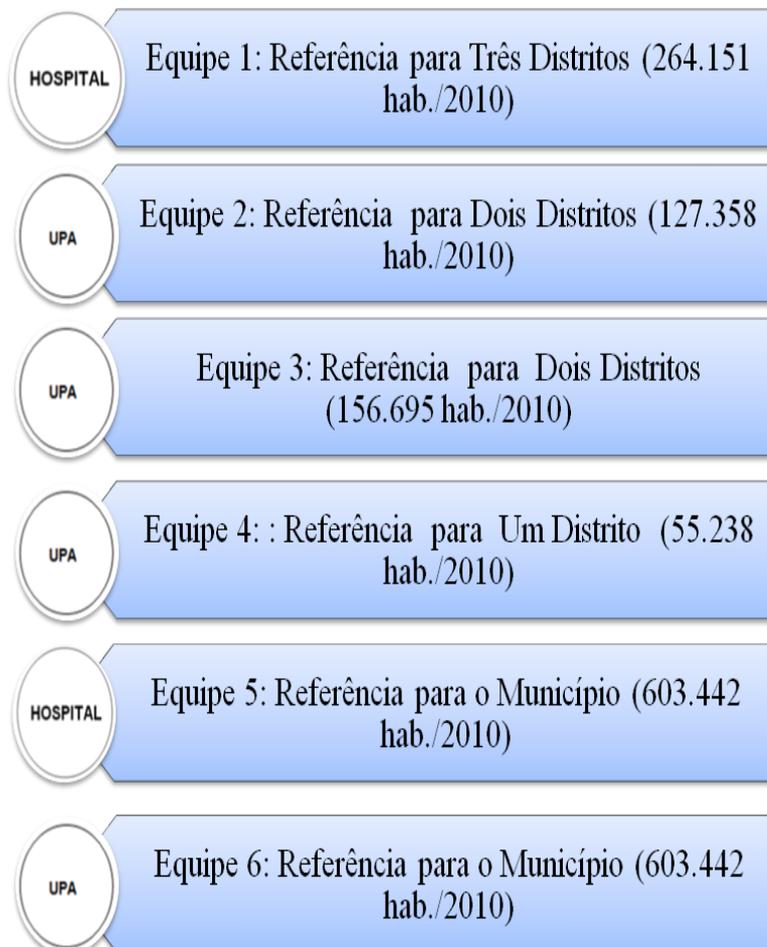
O SAD investigado é um serviço de referência nacional (LORENTZ, 2017) com histórico de atendimento desde 2011, estando vinculado ao Programa Federal inicialmente regulamentado pela Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011e).

O Serviço possui seis equipes multiprofissionais com prestação de atendimento nas modalidades AD2 e AD3, sendo quatro delas denominadas Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Clínica (EMAD Clínica) e identificadas no serviço como Equipes 1, 2, 3 e 4. As outras duas são denominadas “EMAD Pediátrica e Ortopédica”, Equipes 5 e 6, respectivamente, que se diferenciam das Clínicas ao apresentarem uma assistência por especialidade. As seis EMAD são classificadas pela portaria vigente como EMAD do tipo 1. O serviço também conta com uma EMAP para o apoio a todas as seis equipes, sendo referência para todo o município.

Cada EMAD é referência para uma população de até 100.000 habitantes, restritos à delimitação geográfica do Município. As EMAD Especializadas atendem a todo o município enquanto as Clínicas atendem às populações distribuídas por um ou mais distritos. Todas as EMAD estão vinculadas a um ponto de atenção. Das quatro EMAD Clínicas três estão vinculadas a UPA de cada um de seus distritos e uma está vinculado ao Hospital Municipal. A EMAD Pediátrica está vinculada a esse mesmo

Hospital e a Ortopédica a uma outra UPA, classificada como de grande porte (FIGURA 2).

Figura 2 – EMAD por Equipes, distritos, vinculação e população



Fonte: Dados do IBGE (2010)

4.3 População do estudo, critérios de inclusão e de exclusão

A população do estudo corresponde aos usuários e seus respectivos cuidadores assistidos no SAD em 2016.

Foram critérios de inclusão dos usuários:

- Ser atendido exclusivamente pelas EMAD Clínicas 1, 2, 3 e 4, por prestarem uma assistência não diferenciada por especialidade;
- Ter obtido alta das modalidades AD2 ou AD3 para a modalidade AD1 em 2016 ou até o momento da coleta de dados em 2017;

- Ter sido considerada apenas a primeira admissão do usuário, ainda que ele tenha dado entrada no serviço mais de uma vez no período investigado (readmissão) para se evitar a duplicata de dados.

Quanto aos critérios de exclusão dos usuários considerou-se:

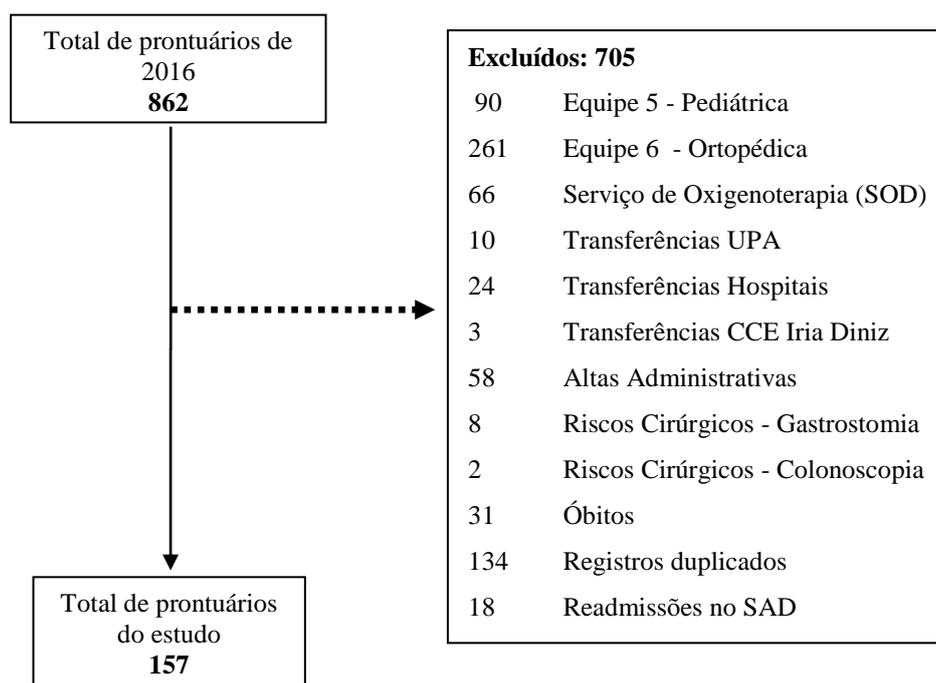
- Ser atendido pelas EMAD de Pediatria ou de Ortopedia e pelo Serviço de Oxigenoterapia (SOD) devido assistência especializada;
- Ter sido transferido para serviços de urgência (Hospitais e UPA) e para o Centro de Consulta Especializada (CCE – Iria Diniz);
- Ter recebido Alta Administrativa, normalmente decorrentes de mudança do usuário para outro município; falta de condições de cuidado no domicílio; falta de aceitação do usuário quanto à conduta indicada, pelo SAD, para o tratamento; desistência do usuário ao tratamento; ou falta de localização do usuário após três tentativas de contato no domicílio;
- Ter sido admitido apenas para a realização de risco cirúrgico nos casos de gastrostomia (GTT) ou colonoscopia - em geral um dia.
- Casos de óbito ocorridos em 2016 e até a data da coleta de dados.

O critério de inclusão dos cuidadores foi constar no prontuário como o cuidador principal do usuário assistido nas EMAD 1, 2, 3 e 4.

4.4 Amostragem

Os dados utilizados no estudo foram provenientes de 157 prontuários do SAD investigado.

Para se chegar aos 157 prontuários, foram inicialmente identificados 862 prontuários de 2016. Desses, foram excluídos os atendimentos realizados pela EMAD de Pediatria (90) e Ortopedia (261); SOD (66); transferências (37); Alta Administrativa (58); risco cirúrgico (10); e óbito (31) conforme critérios de exclusão. Também foram excluídos os prontuários duplicados devido a erros de registro (134) e a readmissões (18) (FIGURA 3).

Figura 3 - Fluxograma amostral do estudo

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, 2017.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado a partir dos formulários que compõem os prontuários. Os prontuários eram compostos de Capa de Prontuário Domiciliar; Relatório de Acompanhamento SAD, conforme modelo do MS (BRASIL, 2012b); Cadastro Individual; Avaliação de elegibilidade e admissão; Atendimento Domiciliar, conforme modelo do MS (PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018); Guia de Referência e Contrarreferência, da Secretaria Municipal de Saúde e Formulários para Avaliação Social, Anamnese Médica, Ficha de Internação e Avaliação de Enfermagem – exclusivos do Serviço.

O instrumento de coleta foi dividido em seis categorias concernentes a: Identificação do usuário; Dados de acompanhamento do usuário; Perfil do usuário; Condições/situações de saúde geral; Condições do domicílio e Dados do cuidador (APÊNDICE A).

O instrumento, em seguida, foi avaliado por uma gestora atuante em outro serviço de AD e por um enfermeiro pesquisador na área de AD, sendo os dados apesar de considerados extensos terem sido apontados como coerentes com o objetivo do estudo. Foi sugerido por estes profissionais acrescentar no instrumento de coleta um campo de

observação para a inserção de outros dados que pudesse estar associada a não efetivação da alta do SAD para a APS.

Após as alterações sugeridas o instrumento foi novamente apreciado por cinco profissionais do SAD investigado, sendo estes três enfermeiros, um médico e uma assistente social. Dos enfermeiros um ocupava o cargo de Diretor do Serviço, outro de referência técnica e um assistencial. Os demais profissionais também ocupavam cargos assistenciais. A única sugestão apresentada foi aproveitar o campo de observação para o registro de intercorrências no domicílio e situações de interconsultas como os atendimentos de fonodialogia, oncologia, nefrologia etc.

Inicialmente foram selecionados os prontuários dos usuários atendidos pelas quatro EMAD Clínicas em 2016, incluindo aqueles que assistidos em 2016 permaneciam assistidos em 2017. Em seguida, se procedeu à leitura dos prontuários para a identificação dos usuários classificados em AD1, tomando por base os critérios estabelecidos pela gestão do SAD em consonância com a portaria do MS (FIGURA 3) (BRASIL, 2016).

Os critérios foram assim estabelecidos:

- Ter indicação de AD1;
- Requerer cuidado com menor frequência, sendo considerado, neste caso as visitas realizadas em um período igual ou superior a dez dias;
- Ter menor necessidade de intervenção multiprofissional, devido a estabilidade e cuidado satisfatório pelo cuidador, não havendo a necessidade de uma assistência prestada por toda a equipe, comumente direcionada para ações de orientação;
- Ter ocorrido diminuição no uso de intervenções como o uso de curativos, medicamentos e cuidados com sonda, traqueostomia e oxigenoterapia.

4.6 Variáveis do Estudo

4.6.1 Variável Desfecho

Neste estudo, foi considerada como variável desfecho a não efetivação da alta na atenção domiciliar para a APS, obtida por meio da classificação do atendimento como AD1.

Assim, foi criada uma variável com os códigos 0 e 1, na qual o 0 corresponde aos usuários que receberam alta para AD1 assim que entraram na classificação de AD1 e

o 1 corresponde aos usuários que não receberam alta para a AD1 no momento em que entraram na classificação de AD1 e permaneceram sob os cuidados do SAD.

4.6.2 Variáveis de exposição

As variáveis de exposição estudadas foram estabelecidas de acordo com as características do usuário e cuidador. Em relação aos usuários, as variáveis foram divididas em: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e plano de saúde), econômica (renda), condições de saúde e comportamentais dos indivíduos, e de acesso do usuário ao SAD (QUADRO 1).

Quadro 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas, de saúde e comportamentais e de acesso ao SAD dos usuários.

Variáveis dos Usuários		
Sociodemográficas e econômicas		
Variável	Tipo	Unidades/Categorias
Sexo	Catégorica nominal	0 - Masculino 1 - Feminino
Idade	Numérica contínua	Anos e meses completos
Estado Civil	Catégorica nominal	0 - Com companheiro (Casada + União estável); 1 - Sem companheiro (Solteira + Viúva + Separada + Divorciada)
Renda	Numérica	0 - Até um Salário Mínimo 1 - 1 – 3 Salários Mínimos 2 - > 3 Salários Mínimos
Posse de plano de saúde	Catégorica nominal	0 - Sim 1 - Não
Motivo de inclusão no SAD	Catégorica nominal	0 - Curativo 1 - Antibioticoterapia 2 - Suporte Clínico 3 - Reabilitação Domiciliar
Saúde e comportamentais		
Variável	Tipo	Unidades/Categorias
<i>Saúde</i>		
Hipertensão Arterial Sistêmica	Catégorica nominal	0 – Não 1 – Sim
Diabetes Mellitus	Catégorica nominal	0 – Não 1 – Sim
Acidente Vascular Encefálico	Catégorica nominal	0 – Não 1 – Sim
<i>Comportamentais</i>		
Internação (últimos 12 meses)	Catégorica nominal	0 – Não 1 – Sim
Acesso do usuário ao SAD		
Variável	Tipo	Unidades/Categorias
Origem	Catégorica nominal	0 – UBS+ESF 1 – Hospital 2 – UPA

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, 2017.

Em relação aos cuidadores, as variáveis sociodemográficas são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das variáveis sociodemográficas dos cuidadores.

Variáveis dos Cuidadores		
Sociodemográficas		
Variável	Tipo	Unidades/Categorias
Sexo	Catégorica nominal	0 – Masculino 1 – Feminino
Idade	Numérica contínua	Anos e meses completos
Vínculo	Catégorica nominal	0-Cônjuge/Companheiro 1- Filhos/Enteados 2- Pai/Mãe 3- Irmão/Irmã 4- Sobrinho/Sobrinha 5- Outros

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, 2017.

4.7 Digitação dos dados

Os dados coletados foram inseridos em tabelas do Excel versão 8.0 por meio da digitação dupla. Utilizou-se o programa Epi_info versão 3.3.2, para a comparação dos bancos e análises de possíveis inconsistências. Os erros foram corrigidos por meio da consulta ao instrumento de coleta até atingir 100% de coincidência entre as digitações.

4.8 Análise dos dados

Primeiramente, procedeu-se com a descrição da amostra do estudo de acordo com características sociodemográficas e econômicas, de saúde e comportamentais dos indivíduos, e de acesso ao SAD. As estimativas das prevalências foram apresentadas por meio de proporções (%) e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Para as variáveis numéricas, verificou-se a simetria da distribuição dos dados pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk e, após verificação da simetria ou assimetria da distribuição, os resultados foram apresentados em média e desvio-padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartilico (IQ), respectivamente.

A análise bivariada foi efetuada a partir de modelos de regressão de Poisson com variância robusta, tendo como variável dependente a não efetivação da alta para a APS e, como variáveis explicativas, os fatores sociodemográficos e econômicos, de saúde

e comportamentais dos indivíduos, e de acesso ao SAD. Também foram consideradas as variáveis sócio-demográficas dos cuidadores.

As variáveis previsoras que obtiveram valor p inferior a 20% ($p < 0,20$) foram inseridas pelo método *backward* no modelo multivariado de Regressão Poisson com variância robusta. Ressalta-se que a inclusão das variáveis também se baseou em critérios teóricos. Utilizou-se, para verificação do ajuste do modelo final, o teste de Hosmer & Lemeshow. A razão de prevalência (RP) (com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) / p -valor) foi utilizada como medida de efeito.

Ressalta-se que quando esse modelo de regressão é aplicado a dados binominais, o erro para o risco relativo pode ser superestimado, considerando que a variância da distribuição de Poisson aumenta progressivamente, enquanto a variância da distribuição binomial tem seu valor máximo quando a prevalência é 0,5. Para corrigir esse problema, utiliza-se o estimador de variância robusta, visando obter resultados semelhantes aos obtidos com o uso do procedimento de Mantel-Haenszel, quando a covariável de interesse é categórica (COUTINHO et al., 2008).

O nível de significância de 5% foi adotado em todos os procedimentos estatísticos.

Para análise dos dados foi utilizado o programa *Stata for Windows*, versão 14.0 (Stata Corp., Texas, USA).

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas. Ressalta-se que os totais das variáveis podem variar, devido às diferentes perdas de dados para as variáveis apresentadas.

4.9 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, após a anuência da Câmara Departamental da EE-UFMG e do Serviço de Atenção Domiciliar de Contagem –MG / Secretaria Municipal de Saúde. Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012a).

Os dados referentes a esta pesquisa serão mantidos em arquivo confidencial, sob a responsabilidade das pesquisadoras, por cinco anos, sendo que após este período serão destruídos.

Os resultados desse estudo serão socializados no serviço investigado e na comunidade científica.

Resultados



5. RESULTADOS

Dos 157 usuários, a mediana da idade foi de 66,86 anos (IQ=54,06-77,98). A maioria era do sexo masculino (51,59%), vivia com companheiro (59,09%), tinha renda de 1 a 3 salários mínimos (88,53%) e não possuía cobertura de plano de saúde (95,23%). O motivo predominante para o acompanhamento pelo SAD foi a Antibioticoterapia (34,41%), seguido de Curativo (31,81%). Quanto às características de saúde e comportamentais, houve o predomínio da Hipertensão (70,86%), Diabetes Mellitus (44%) e Acidente Vascular Encefálico (37,04%). Ademais, o acesso da maior parte dos usuários ao SAD foi pela UPA (48,38%) (TABELA 1).

Tabela 1. Perfil dos usuários atendidos no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 -2017.

Fatores sociodemográficos e econômicos	n	%	IC 95%
Idade	n=157	66,86 ^{*a}	54,06 - 77,98 ^{*b}
Sexo	n= 157		
Masculino	81	51,59	43,71 - 59,39
Feminino	76	48,40	40,60 - 56,28
Estado Civil	n=110		
Com companheiro ^c	65	59,09	49,54 - 68,00
Sem companheiro ^d	45	40,90	31,99 - 50,45
Renda	n= 157		
Até 1 Salário Mínimo	14	8,91	5,32 - 14,56
1 - 3 Salários Mínimos	139	88,53	82,45 - 92,69
> 3 Salários Mínimos	4	2,54	0,94 - 6,65
Posse de plano de saúde	n=84		
Sim	4	4,76	1,76 - 12,23
Não	80	95,23	87,76 - 98,23
Motivo de inclusão no SAD	n=154		
Curativo	49	31,81	24,87 - 39,67
Antibioticoterapia	53	34,41	27,26 - 42,34
Suporte clínico	47	30,51	23,69 - 38,32
Reabilitação Domiciliar	5	3,24	1,34 - 7,63
Nº de Visitas Recebidas	n= 157	10 ^{*a}	6 - 19 ^{*b}
Fatores de Saúde e Comportamentais			
Hipertensão Arterial Sistêmica	n= 127		
Não	37	29,13	21,80 - 37,73
Sim	90	70,86	62,26 - 78,19
Diabetes Mellitus	n= 125		
Não	70	56,00	47,08 - 64,54
Sim	55	44,00	35,45- 52,91
Acidente Vascular Cerebral	n= 81		
Não	51	62,96	51,74 - 72,93
Sim	30	37,04	27,06 - 48,25
Internação (últimos 12 meses)	n=132		
Não	7	5,30	2,52 - 10,80
Sim	125	94,69	89,19 - 97,47
Acesso do usuário ao Serviço de Atenção Domiciliar			
Origem	n=155		
UBS + ESF	38	24,51	18,32 - 31,98
Hospital	42	27,09	20,62 - 34,71
UPA	75	48,38	40,53 - 56,31

Notas: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, IQ- Intervalo interquartilico, ^a mediana, ^b Intervalo Interquartilico; ^c Casada + União estável, ^d Solteira + Viúva + Separada + Divorciada.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

Em relação às características dos cuidadores responsáveis pelos usuários da amostra, houve o predomínio de mulheres (76,77%), com média de idade de 48,65 anos. Quanto ao vínculo com usuário, os filhos (41,93%) foram os mais frequentes seguidos do Cônjuge/Companheiro (24,51%) (TABELA 2).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos cuidadores responsáveis pelos usuários atendidos no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 -2017.

Fatores sociodemográficos	n	%	IC 95%
Idade	n=148	48,65 ^a	14,98 ^b
Sexo	n= 155		
Masculino	36	23,22	17,17 – 30,60
Feminino	119	76,77	69,39 – 82,81
Vínculo com o Usuário	n=155		
Cônjuge/Companheiro	38	24,51	18,32 – 31,98
Filhos/enteados	65	41,93	34,34 – 49,93
Pai/Mãe	13	8,38	4,90 - 13,98
Irmão/irmã	15	9,67	5,88 – 15,50
Sobrinho/Sobrinha	9	5,80	3,02 – 10,85
Outros	15	9,67	5,88 – 15,51

Notas: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a média, ^b Desvio Padrão.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

A Tabela 3 apresenta a frequência das altas relativas ao SAD. Observa-se que, das 157 altas , 35 (22,29%) foram altas não efetivadas para a APS.

Tabela 3. Frequência de altas para a APS no SAD - Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016 -2017.

ALTAS	n	%	IC95%
Sim	122	77,70	70,44-83,59
Não	35	22,29	16,40-29,55
Total	157	100	

Nota: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

Na Tabela 4 é apresentada a caracterização dos usuários em relação ao desfecho.

Em relação às características sociodemográficas e econômicas dos usuários, observou-se que a mediana da idade entre os usuários que efetivaram a alta para a APS foi de 69,02 anos (IQ= 53,94-78,51) e, entre os usuários que não tiveram a alta efetivada, foi de 64,19 anos (IQ= 54,76-71,38). Quanto ao número de visitas realizadas em domicílio, os usuários que efetivaram a alta para a APS apresentaram uma mediana de 9

visitas (IQ= 6-15), sendo 19 entre aqueles que não efetivaram a alta para a APS (IQ= 8-40) (Dados não mostrados).

Observou-se, ainda, maior prevalência de não alta entre as mulheres (25,00% da amostra total). Entre as pessoas com companheiro, a prevalência de não alta foi de 30,77% e, em relação às características relacionadas à renda, observou-se maior prevalência de não alta entre os usuários com renda superior a 3 salários mínimos (75,00%). Ademais, 25,00% não possuíam cobertura de plano de saúde. Quanto ao motivo de inclusão no SAD, os curativos representaram a maior predominância de alta não efetivada (36,73%) (TABELA 4).

Em relação às características de saúde e comportamentais dos usuários quanto à efetivação da alta em 2016 e 2017, observou-se maior prevalência de não efetivação da alta de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Acidente Vascular Encefálico (28,89, 32,73 e 26,67%, respectivamente) e que não relataram internação nos últimos 12 meses (42,86%). Por fim, quanto às características de acesso ao SAD, observou-se que a maioria das altas não efetivadas era de usuários referenciados pela APS (39,47%) (TABELA 4). Ressalta-se que a APS é representada, nesse estudo, pelos pontos de origem Unidade Básica de Saúde (UBS) e ESF.

Tabela 4 – Caracterização dos usuários quanto a não efetivação da alta. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017

Fatores sociodemográficos e econômicos	Alta Efetivada n = 122	% 77,77	IC 95% 70,45 - 83,60	Alta não Efetivada n = 35	% 22,29	IC 95% 16,40 - 29,55
Sexo	n= 122			n=35		
Masculino	65	80,25	69,99 - 87,61	16	19,75	12,38 - 30,00
Feminino	57	75,00	63,91 - 83,55	19	25,00	16,44 - 36,08
Estado Civil	n=79			n=31		
Com companheiro	45	69,23	56,81 - 79,37	20	30,77	20,62 - 43,18
Sem companheiro	34	75,55	60,66 - 86,10	11	24,44	13,89 - 39,33
Renda	n=122			n=35		
Até 1 Salário Mínimo	9	64,28	36,45 - 84,95	5	35,71	15,04 - 63,54
1 - 3 Salários Mínimos	112	80,57	73,05 - 86,38	27	19,42	13,61 - 26,94
> 3 Salários Mínimos	1	25,00	2,33 - 82,27	3	75,00	17,72 - 97,66
Posse de plano de saúde	n=62			n=22		
Sim	2	50,00	9,14 - 90,85	2	50,00	9,14 - 90,85
Não	60	75,00	64,14 - 83,41	20	25,00	16,58 - 35,85
Motivo do Tratamento no SAD	n=120			n=34		
Curativo	31	63,26	48,80 - 75,67	18	36,73	24,32 - 51,19
Antibioticoterapia	50	94,34	83,58 - 98,19	3	5,66	1,80 - 16,41
Suporte clínico	35	74,47	59,92 - 85,04	12	25,53	14,95 - 40,07
Reabilitação Domiciliar	4	80,00	25,29 - 97,92	1	20,00	2,07 - 74,70
Fatores de saúde e comportamentais	Alta Efetivada n= 95	%	IC 95%	Alta não Efetivada n=32	%	IC 95%
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Não	31	83,78	67,86 - 92,67	6	16,22	7,33 - 32,13
Sim	64	71,11	60,78 - 79,63	26	28,89	20,36 - 39,22
Diabetes Mellitus	n = 91			n = 34		
Não	54	77,14	65,68 - 85,62	16	22,86	14,38 - 34,32
Sim	37	67,27	53,66 - 78,49	18	32,73	21,51 - 46,34
Acidente Vascular Encefálico	n = 62			n=19		
Não	40	78,43	64,72 - 87,82	11	21,57	12,18 - 35,28
Sim	22	73,33	54,39 - 86,38	8	26,67	13,62 - 45,61
Internação nos últimos 12 meses	n= 103			n=29		
Não	4	57,14	20,68 - 87,21	3	42,86	12,79 - 79,31
Sim	99	79,20	71,08 - 85,50	26	20,80	14,49 - 28,92
Fatores de acesso ao SAD	Alta Efetivada n = 122	% 77,77	IC 95% 70,45 - 83,60	Alta não Efetivada n = 35	% 22,29	IC 95% 16,40 - 29,55
Origem	n = 120			n = 35		
UBS+ESF	23	60,53	44,10 - 74,87	15	39,47	25,12 - 55,89
Hospital	30	71,43	55,80 - 83,19	12	28,57	16,80 - 44,19
UPA	67	89,33	79,92 - 94,63	8	10,67	5,36 - 20,07

Nota: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

Na Tabela 5 é apresentada a caracterização dos cuidadores em relação ao desfecho do estudo. A média da idade dos cuidadores dos usuários que não tiveram a alta efetivada, foi de 48,26 anos. Verificou-se a maior prevalência de não alta dos usuários entre cuidadores do sexo masculino (25,00%). Ademais, observou-se maior prevalência de não alta de usuários entre os cuidadores cujo vínculo era de sobrinho/sobrinha (33,33%).

Tabela 5 – Caracterização dos cuidadores quanto a prevalência da não efetivação da alta dos usuários.

Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.

Fatores sociodemográficos	Alta Efetivada	Prevalência (%)	IC 95%	Alta não Efetivada	Prevalência (%)	IC 95%
		77,77	70,45 - 83,60		22,29	16,40 -29,55
Idade		48,77 ^a	14,21 ^b		48,26 ^a	17,56 ^b
Sexo						
Masculino	27	75,00	58,11 - 86,64	9	25,00	13,35 - 41,88
Feminino	93	78,15	69,72 - 84,74	26	21,85	15,25 - 30,27
Vínculo						
Cônjuge/Companheiro	26	68,42	51,86 - 81,33	12	31,58	18,66 - 48,14
Filhos/enteados	52	80,00	68,33 - 88,12	13	20,00	11,88 - 31,67
Pai/Mãe	12	92,31	58,53 - 99,03	1	7,69	0,97 - 41,46
Irmão/irmã	11	73,33	45,45 - 90,07	4	26,67	9,92 - 54,54
Sobrinho/Sobrinha	6	66,67	31,25 - 89,80	3	33,33	10,20 - 68,75
Outros	13	86,67	57,90 - 96,85	2	13,33	3,15 - 42,10

Notas: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a média, ^b Desvio Padrão.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

Na análise não ajustada dos potenciais fatores dos usuários associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar (TABELA 6), ter o tratamento no SAD pelo motivo de antibioticoterapia associou-se à menor prevalência (0,154) de não efetivação da alta na atenção domiciliar (IC95%= 0,05- 0,49). A frequência de visitas realizadas pela equipe também se associou à maior razão de prevalência (1,01) para a não efetivação da alta (IC95%= 1,01 – 1,03). Ademais, na análise não ajustada, a admissão do usuário da UPA associou-se à menor prevalência de não alta (RP=0,27; IC5%=0,12 – 0,58).

Tabela 6 – Análise não ajustada dos potenciais fatores dos usuários associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.

Fatores sociodemográficos	RP	IC 95%	p
Idade (contínua)	1	0,99 – 1,01	0,854
Sexo			0,433
Masculino	1		
Feminino	1,26	0,70 – 2,28	
Estado Civil			0,476
Com companheiro	1		
Sem companheiro	0,79	0,42- 1,49	
Renda			
Até 1 Salário Mínimo	1		
1 – 3 Salários Mínimos	0,54	0,25 – 1,19	0,127*
> 3 Salários Mínimos	2,1	0,85 – 5,19	0,108*
Posse de plano de saúde			0,199*
Sim	1		
Não	0,5	0,17 – 1,44	
Motivo de inclusão no SAD			
Curativo	1		
Antibioticoterapia	0,15	0,05 – 0,49	0,002*
Suporte clínico	0,69	0,38 – 1,28	0,245
Reabilitação Domiciliar	0,54	0,09 – 3,28	0,507
Frequência de visitas	1,01	1,01 – 1,03	0,000*
Fatores de Saúde e Comportamentais	RP	IC 95%	p
Hipertensão Arterial Sistêmica			0,159*
Não	1		
Sim	1,78	0,80 – 3,98	
Diabetes Mellitus			0,222
Não	1		
Sim	1,43	0,80 – 2,55	
Acidente Vascular Encefálico			0,601
Não	1		
Sim	1,24	0,56 – 2,74	
Internação (últimos 12 meses)			0,125*
Não	1		
Sim	0,48	0,19 – 1,22	
Fatores de Acesso ao SAD	RP	IC 95%	p
Origem			
UBS+ESF	1		
Hospital	0,72	0,39 – 1,35	0,308
UPA	0,27	0,12 – 0,58	0,001*

Notas: RP- Razão de prevalência, IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, *valor p inferior a 20% (p<0,20) em negrito.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

A tabela 7 demonstra que na análise não ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos dos cuidadores o vínculo do cuidador de Filhos/enteados e de Pai/mãe se associaram a não efetivação da alta dos usuários na atenção domiciliar.

Tabela 7 – Análise não ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos dos cuidadores associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.

Fatores sociodemográficos	RP	IC 95%	p
Idade (contínua)	0,99	0,98 - 1,02	0,876
Sexo			
Masculino	1		0,690
Feminino	0,87	0,45-1,69	
Vínculo			
Cônjuge/Companheiro	1		
Filhos/enteados	0,63	0,32 - 1,25	0,186
Pai/Mãe	0,24	0,03 - 1,71	0,155
Irmão/irmã	0,84	0,32 - 2,21	0,731
Sobrinho/Sobrinha	1,05	0,37 - 2,98	0,919
Outros	0,42	0,11 - 1,67	0,220

Notas: RP- Razão de prevalência, IC 95%- Intervalo de 95% de confiança. *valor p inferior a 20% ($p < 0,20$) em negrito.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

No modelo ajustado dos fatores associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS (TABELA 8), observou-se que o aumento da idade e da frequência de visitas recebidas pelo usuário associaram-se a não efetivação da alta dos usuários. Além disso, ter renda superior a 3 salários mínimos aumentou (2,55 vezes) a prevalência de não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS em relação aos usuários de renda inferior (até 1 salário mínimo). Ser proveniente da UPA, por sua vez, diminuiu a prevalência de não efetivação da alta dos usuários - quando controlado pelas demais variáveis presentes no modelo. Ressalta-se que a inclusão de variáveis do cuidador piorou o ajuste do modelo final ou modelo ajustado.

Tabela 8 – Análise ajustada dos fatores associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS. Região Metropolitana de Minas Gerais, 2016-2017.

Fatores	RP	P**
Idade	1,02	0,024*
Renda		
Até 1 Salário Mínimo	1	
1 - 3 Salários Mínimos	0,85	0,685
> 3 Salários Mínimos	2,55	0,027*
Origem		
UBS+ESF	1	
Hospital	0,84	0,582
UPA	0,36	0,025*
Frequência de visitas	1,01	0,002*

Notas: RP- Razão de prevalência, IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, *valor de p significativo em negrito, **Modelo ajustado para estado civil e motivo da inclusão no SAD.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo, 2017.

Discussão



6. DISCUSSÃO

Em relação às variáveis que se associaram a não efetivação da alta para a APS, observa-se o aumento da idade e da frequência de visitas realizadas pelo SAD. A associação da idade acima de 60 anos com a maior demanda para a assistência domiciliar, também identificada na literatura, traz uma associação com o incremento das incapacidades funcionais (WACHS et al., 2016; DEL DUCA et al., 2011; THUMÉ et al., 2010). A probabilidade de uma demanda pela assistência domiciliar é, portanto, maior em idosos com mais de 80 anos, quando comparados a grupos de 60 a 65 anos (WACHS et al., 2016). Essa probabilidade foi apontada, em um estudo, como 10,4 vezes maior em idosos que apresentam incapacidade funcional para desenvolver atividades da vida diária quando comparados àqueles sem incapacidade (THUMÉ et al., 2010).

Este dado é relevante, considerando-se que a idade dos usuários pode influenciar na decisão do gestor do SAD em adiar a alta para APS ao perceberem que a APS pode não ter condições para a continuidade do cuidado ao usuário na condição de idoso - principalmente se o seu cuidador for também idoso (PAIVA et al., 2016). Ademais, pesquisa envolvendo a população mundial, sinaliza para o aumento da expectativa de vida para a faixa etária de 60 anos ou mais, passando de 18,7 em 2000 para 20,4 anos em 2015 (WHO, 2016), o que evidencia a necessidade de incremento da AD e de sua rede de apoio.

Em 2010 e 2015, o percentual de idosos na população brasileira, já registrava um aumento de 9,8% para 14,3%, respectivamente. O envelhecimento da população brasileira acarreta desafios relacionados, principalmente, à previdência social, saúde, assistência social, cuidado e integração social dos idosos. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, revelou que os idosos são, proporcionalmente, a parcela da população que mais utiliza os serviços de saúde quando comparados às demais faixas etárias (IBGE, 2016b).

Considerando a frequência de visitas associada a não efetivação da alta para a APS, identificada nesse estudo, infere-se que esse resultado pode ser relacionado, as dificuldades da APS em assumir o cuidado em domicílio. Em investigação realizada na APS, com uma população na faixa etária de 60 a 69 anos, os resultados indicaram que passar em consulta médica na Unidade, aumentou em 2,39 vezes as chances de receber a visita domiciliar (VD) dos profissionais da ESF (SANTOS; CUNHA, 2017). Em relação

à VD pela ESF ainda que se considere os avanços nesta direção da APS em responder as demandas em AD, as fragilidades para sua consolidação permanecem como um desafio, considerando o cotidiano de trabalho da ESF, marcado por conflitos organizacionais e assistenciais que afetam seu processo de trabalho (BRITO et al., 2013). Isto faz com enfermeiros da ESF relatem que a VD seja atividade assentada em segundo plano, tendo em vista a resposta à demanda espontânea como prioritária na Unidade (BRITO et al., 2013).

Embora ainda que se considere que a distribuição brasileira do SAD por distrito, carregue a intencionalidade de se assumir a territorialidade como princípio organizativo, tendo possibilitado avanços de articulação da ESF com o SAD, esta articulação é ainda dependente das características do trabalho da ESF e da demanda de cada caso, não se configurando como uma modalidade sistemática de uma rede de cuidados (SILVA et al., 2010). Isto faz com que no dia a dia do SAD a percepção do gestor ou do coordenador do SAD sobreponha, muitas vezes, aos critérios estabelecidos para a alta – conforme Portaria 825/2016 e marca a premência de uma reestruturação na forma de articulação entre os serviços de forma que a APS possa absorver de forma sistemática a demanda dos usuários dependentes da AD (SILVA et al., 2010).

Além da melhoria da articulação entre os serviços da AD, especialmente com a APS, observa-se, do mesmo modo, a necessidade de fortalecimento do vínculo com os familiares e / ou cuidadores, a fim de que esses, também, contribuam na assistência em domicílio de modo a superar as barreiras para a efetiva recuperação do usuário (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Esse estudo ressaltou, ainda, que ter renda superior a 3 salários mínimos aumentou (2,55 vezes) a prevalência de não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS em relação aos usuários de renda inferior (até 1 salário mínimo).

Corroborando com esse resultado, em pesquisas que envolvem a assistência em domicílio, evidenciou-se associação entre o maior nível econômico e a prevalência de cuidados no domicílio (DEL DUCA et al., 2012; THUMÉ et al., 2010). Em um estudo realizado em Bagé – Rio Grande do Sul (RS) - com 1593 idosos, o recebimento do cuidado em domicílio obteve uma probabilidade 5,2 vezes maior, quando comparado ao grupo que recebia até um salário mínimo (THUMÉ et al., 2010).

Também em Porto Alegre, em pesquisa realizada em 671 idosos – a justificativa para a associação do cuidado domiciliar com o maior nível econômico estaria

relacionada ao fato de que tais indivíduos teriam mais facilidade para contratar um serviço especializado a partir de um cuidador formal. Embora esta situação ainda seja considerada pouco frequente no Brasil, de todos os cuidadores formais relatados no estudo acima explicitado, 71% assistiam idosos com quartis mais elevados, entre 3 e 4 de nível econômico (DEL DUCA et al., 2012). A associação com a maior renda e a chance de receber pelo menos uma hora de serviços de AD foi semelhantemente identificada em uma pesquisa com 8815 idosos, norte-americanos, tendo sido considerada duas vezes maior em comparação às famílias de menor renda (JANUS; ERMISCH, 2015).

A associação da maior probabilidade da atenção domiciliar em classes mais pobres comparada com idosos de classes superiores, do nível A e B, foi evidenciada com 6.624 idosos em 23 Estados Brasileiros (WACHS et al., 2016). A razão para a associação da AD com a menor renda pode estar relacionada à capacidade de redução das iniquidades sociais por meio da ESF (THUMÉ et al., 2010).

Infere-se, portanto, sobre a vasta influência da renda (e, possivelmente, da escolaridade - afinal, ambas são *proxy*) sobre a qualidade de vida e condição social dos indivíduos. Ou seja, usuários com maior renda / nível de escolaridade podem preferir os serviços dos profissionais do SAD. Essa preferência parece relacionar-se às dificuldades vivenciadas pelos usuários da APS, e relatadas por profissionais do SAD, como a falta de materiais e as dificuldades da visita do médico da APS para continuidade dos cuidados em domicílio (BRITO et al., 2013). É possível que os usuários com maior renda e, quiçá melhores nível de escolaridade, tenham mais condições de promover o cuidado do usuário em domicílio, bem como se enquadrar mais facilmente aos critérios nacionais para a inserção no programa de AD. Tais aspectos podem, inclusive, influenciar na maior permanência desses usuários no SAD por um tempo além do necessário, se configurando, nestes casos às situações concernentes às altas não efetivadas para a APS.

Quanto ao acesso ao SAD, observou-se, neste estudo, que usuários provenientes da UPA apresentaram menor prevalência da não efetivação da alta. Infere-se que os serviços de AD vinculados a UPA recebem usuários com quadros agudos, geralmente com infecções (urinárias, respiratórias e de pele), cuja a internação hospitalar é indicada, podendo ser, no entanto, evitada com o cuidado intensificado da AD e o acompanhamento clássico da APS (SILVA et al., 2010). Adicionalmente, os atendimentos praticados na APS podem reproduzir a prática clínica de pronto-atendimento, em função da tensão contínua para o equilíbrio entre a oferta programada de

ações de saúde e a demanda espontânea, sendo esse um dificultador para a adesão dos usuários, especialmente, no controle das doenças crônicas (FEURWERKER; MERHY, 2008). Dessa forma, é possível que o usuário crônico da APS, se referenciado ao SAD, demande mais tempo para receber alta.

A literatura ressalta a importância de o usuário se encontrar na condição de protagonista do seu cuidado, preservando sua autonomia e independência mediante orientações que possam contribuir com sua tomada de decisões sobre seu processo de recuperação sem que esse usuário esteja condicionado à assistência de um profissional de saúde. Esta autonomia pode ser potencializada com a aproximação entre o conhecimento científico e o saber do usuário. Esta aproximação permite o desenvolvimento do cuidado cultural e possibilita a construção de um plano de cuidados condizente com o usuário, tornando-o mais participativo no processo de seu cuidar (CHIBANTE et al., 2017).

Em um estudo de revisão de literatura sobre insuficiência cardíaca congestiva os autores sinalizaram para a importância do investimento em educação em saúde pela equipe multidisciplinar como um aliado para evitar a (re)hospitalização. O uso de instrumentos como vídeos, cartilhas e o acompanhamento por telefone são formas de auxiliar no entendimento das orientações para a manutenção do cuidado no momento da alta hospitalar (ANDRIETTA et al., 2011). No que se refere ao SAD e a APS, esta mesma estratégia pode trazer benefícios ao usuário, bem como para os serviços tornando a continuidade do cuidado após a alta mais efetiva.

Por fim, algumas limitações neste estudo devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo de delineamento transversal, o que impossibilita identificar a temporalidade das associações mostradas nos resultados. Em segundo lugar, ressalta-se que, em relação a algumas variáveis, não foram encontradas, nesta pesquisa, significância estatística - provavelmente devido ao número amostral reduzido. Soma-se, a esse aspecto, a perda de alguns dados, intrínseca ao fato de a coleta de dados ter sido realizada em prontuários. Por fim, ressalta-se a ausência de alguns dados referentes a aspectos (como políticos, por exemplo) que poderiam estar associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS.

Apesar dessas limitações, este trabalho avança na perspectiva de novas informações epidemiológicas e da análise de dados ainda não totalmente explorados sobre a atenção domiciliar.

Conclusão



7. CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitiram identificar a prevalência de altas não realizadas para a APS e evidenciar que os usuários encaminhados pela UPA ao SAD, obtiveram a menor prevalência de altas não efetivadas, quando comparados aos usuários da APS. Foi também possível perceber que o SAD tem dificuldades na efetivação da alta para APS, a usuários mais idosos, que demandam uma frequência maior de visitas durante o acompanhamento em domicílio e com renda superior a três salários mínimos.

Embora tenha sido possível perceber que a AD cumpre o seu papel de evitar internações passíveis de atendimento hospitalar, mas que podem ser evitadas com a atenção domiciliar diária e/ou semanal, a usuários, provenientes da UPA e mesmo da APS, a necessidade do cuidado compartilhado e da construção de estratégias coletivas entre esses serviços foi identificada como premente. O conhecimento dos fatores associados a não efetivação da alta para a APS pode auxiliar no planejamento do processo de alta do SAD em parceria com as equipes da APS, de modo a promover a continuidade do cuidado e a efetiva garantia do apoio às famílias na promoção das ações de saúde.

Os achados sinalizam para a necessidade de continuidade de pesquisas científicas nesta área, tendo em vista a maior visibilidade dos entraves que têm interferido na não efetivação da alta do SAD para APS, a investigação e comparação com outros serviços nacionais de AD e com outras experiências que possam estar alcançando melhor êxito com os serviços da rede. A realização de intervenções educativas e de ações coletivas para a melhoria da vinculação com a RAS surge também como uma importante e necessária contribuição para o oferecimento de um AD de maior qualidade e efetividade.

Referências



REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 03 jan 2018.

AMARAL, N. N., *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v.9, n.3, p.111-1117, 2001. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>> Acesso em: 04 Jan. 2017.

ANDRADE, A. M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 111-117, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2017.

ANDRIETTA, M. P.; LOPES M., R. S.; BOTTURA L. B, A. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387/15148>>. Acesso em: 26 Mar. 2018.

BISCIONE, F. M. *et al.* . Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, supl. 1, p. s73-s80, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRAGA, P. P. *et al.* . Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 903-912, Mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)] *Constituição da República Federativa do Brasil* : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0. Disponível em:<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> . Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro .Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] União**. Brasília,DF, 23 mar., Seção I, p.106. 1998. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> Acesso em: 26 mai. 2016.

_____. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 15 abr. ,Seção 1, p.1, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, de 16 de abril de 2002 – Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e normas de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Anexos I, II e III). **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 16 abr, Seção I, p.46 , 2002b Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=537> . Acesso em: 18 nov 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279 DE 30 de Dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde **Diário Oficial [da] União**. Brasília-DF, 30 dez. Seção 1, p.88-93, 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> . Acesso em: 10 jan. 2017

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) **Diário Oficial [da] União** Brasília-DF, 8 jul., Seção 1, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25 ago Seção 1, p.68, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] União**, Brasília- DF, Seção 1, 25 jun. 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção 1, 23 dez.- 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde Gabinete Do Ministro. Portaria 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**, Brasília, DF, Seção 1, p.44, 27 out. - 2011e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de instrução: melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Brasília]; s.n; [2011]. 31 p. ilus, Folheto. Português | Portal de Textos Completos | ID: mis-32641. 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 nov. 2016

_____. 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, 2012b. 2 v.1: il Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf >. Acesso em: 14 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde . Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF Seção 1, p. 24 abr. 2012c Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 19 out 2017.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 483 DE 1º DE ABRIL DE 2014 Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 abr. 2014. Seção 1, p.50, 2014a Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 19 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il. ISBN 978-85-334-2115-8 1. Atenção à Saúde. 2. Serviços de Saúde. I. Título. II. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014b . Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf> . Acesso em: 19 set. 2017.

_____.Ministério da Saúde. Portaria n. 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, p.33, 25 abr. 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 01 de Junho 2016.

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 603-610, Dec. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2016.

CAMPOS, A.C.V. *et al* . Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24: e 2724. Acesso em: 01 jun. 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

CARVALHO, D. P. *et al.* Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 450-8, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3360014.pdf>> Acesso em: 21.jan18.

CHIBANTE, C. L. de P. *et al* . Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, e20170036, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14141452017000200208&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar. 2018.

COSTA, T. F *et al* . Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 350-355, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200350&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Feb. 2017.

COUTINHO, L. MS; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v42n6/7118.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.

DEL DUCA, G.F; THUME, E.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 113-120, Feb. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2016.

DEL DUCA, G.F; MARTINEZ, A.D; BASTOS, G. A. N. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1159-1165, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500010&script=sci_abstract> Acesso em: 13 Dec. 2016.

FERREIRA, C.G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 398-409, June 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2018.

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**, Washington , v. 24, n. 3, p. 180-188, set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE -BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. **IBGE, Censo Demográfico 2010** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860>> Acesso em: 15 jan. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE -BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2016a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860> . Acesso em: 15 jul. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE -BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e pesquisas: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2016. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016b. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2017

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA -BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios e Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Disponível em: <<http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>>. Acesso em: 03 nov. 2017

JANUS, A. L.; ERMISCH J. Who pays for home care? A study of nationally representative data on disabled older Americans /“Quem paga Home Care? Um estudo de dados nacionalmente representativas de pessoas com mobilidade americanos mais velhos”. **BMC Health Services Research** 15 (2015): 301. PMC . Rede. 22 de janeiro de 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0978-x>>. Acesso em: 03 nov. 2017

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp, p. 125-57, 2009. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40783228/texto_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1518110334&Signature=8ula5w2TLsNJqEZ%2Bxc8He5xP93E%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DQualificacao_de_Gestores_do_SUS.pdf#page=125> . Acesso em: 03 jun 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H.. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 June 2016. 18 out. 2016.

KUSCHNIR R, *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W organizadores. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 2011. p. 121-51. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun 2016.

LORENTZ, Jefferson. Serviço de Atendimento Domiciliar de Contagem é destaque nacional. Contagem, 14 Fev. 2017. Disponível em: <<https://medium.com/@Saude.Contagem/servi%C3%A7o-de-atendimento-domiciliar-de-contagem-%C3%A9-destaque-nacional-d7298a1ffa09>>. Acesso em: 19 Jan 2018

MAROLDI, M. A. C. *et al.* Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. **CuidArte, Enferm**, p. 24-29, 2012. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v%206%20n%201%20jan.%20jun.%202012.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MARTELLI, D. R. B. *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 147-157, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2011.v21n1/147-157/pt/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.ISBN: 978-85-7967-075-6 1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4). Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307>. Acesso em: 15 dez. 2017.

PAIVA, P.A *et al.* Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(2): 244-252, abr./jun., 2016 Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ivgzbyaOMAJ:ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/4651+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PIRES, M.R.G.M *et al.* Fatores Associados a Atenção Domiciliária: subsidios a Gestão do Cuidado no âmbito do SUS. **Rev. esc. enferm. USP** [online].2013, vol.47, n.3, pp 648-656. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300648&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2012.

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018 - Materiais de Apoio- Fichas/CDS - Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=documentos&id=fichas>. Acesso em: 24 jan 2018.

QUEIROZ, Z. P. V. ; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2815-2824, Sept. 2010. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

RODRIGUES, J. E. G *et al* . Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 20, n. 3, p. 119-129, dez. 2014 . Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2017.

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**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. p. 231-242, Dec. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2016.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1271/1715>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2016;11(38):1-12. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1259)>. Acesso em : 16 jan 2018.

SILVA, K. S *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública**, [online] v. 44, n. 1 p. 166-76, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. 2011 jun; 16(6): 2753-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2016.

THUME, Elaine *et al.* . Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ZIELINSKI, A.; HALLING, A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. **BMC research notes**, v. 8, n. 1, p. 714, 2015. Disponível em: <<https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1699-2>>. Acesso em: 30 out. 2016.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 513-526, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a10.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

WACHS, L. S. *et al.* . Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Sept. 2016.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 1.Health Status Indicators. 2.Global Health. 3.Health Priorities. 4.Mortality. 5.Universal Coverage. 6.Life Expectancy. 7.Statistics. I.World Health ISBN 978 92 4 156526 4 (NLM classification: WA 900.1) E-ISBN 978 92 4 069569 6 (PDF). Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/>. Acesso em: 03 jan.18.

Index



Anexo A - Aprovação CEP da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À NÃO EFETIVAÇÃO DA ALTA NA ATENÇÃO

Pesquisador: Vania de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67789317.5.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.096.262

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de delineamento transversal e abordagem quantitativa no Serviço de Atenção Domiciliar (AD) do município de Contagem no Estado de Minas Gerais.

Segundo o proponente, o serviço de AD de Contagem possui seis equipes multiprofissionais de AD, que prestam atendimento na modalidade AD2 e AD3. Dessas equipes quatro são denominadas Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar Clínica (EMAD clínica), correspondendo às Equipes 1, 2, 3 e 4, denominadas "clínicas" por não diferenciarem os usuários por especialidade, como no caso das "EMAD pediátrica" (Equipe 5) e "EMAD ortopédica" (Equipe 6) que não farão parte deste estudo. Cada EMAD clínica é referência para uma população de até 100.000 habitantes restritos à delimitação geográfica do Município.

Na metodologia descrita, serão analisadas as Equipes 1, 2, 3 e 4. A população do estudo se refere aos profissionais das equipes de AD (52); aos usuários assistidos em 2016 por essas equipes (239) incluindo aqueles que assistidos em 2016 permanecem sob esse tipo de assistência em 2017; e aos cuidadores desses usuários (239). Entre os 52 profissionais 09 são médicos, 08 enfermeiros, 03 fisioterapeutas, 03 assistentes sociais, 24 técnicos e 01 fonoaudiólogo, 02 referenciais técnicos (01 enfermeiro e 01 médico), 01 coordenador responsável pelo monitoramento de todas as equipes e 01 diretora do departamento de atenção domiciliar do município. Os dados dos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.096.262

profissionais serão coletados por meio da aplicação de questionário do tipo survey, auto respondido. Para a construção desse instrumento, foram utilizados os fatores elencados na literatura como dificultadores para a alta e/ou continuidade do cuidado na APS. Nesse questionário serão identificados: Sexo, idade, formação profissional, ocupação, tempo de profissão na área da saúde, tempo de atuação no SAD, tipo de atuação na saúde anterior à sua inserção no SAD, capacitação profissional (Mestrado; Doutorado; Especialização), treinamento em AD, participação em treinamentos, capacitações ou qualificações em AD nos últimos 12 meses. Esse questionário também compreende informações sobre: o processo de efetivação da alta de usuários assistidos nas modalidades AD2 e AD3 para a APS; tempo de formação e atuação na função (enfermeiro, médico, técnico e demais funções); possíveis dificuldades relacionados às características do usuário e de seu cuidador; bem como possíveis dificuldades de comunicação e interação com a própria equipe e com as demais equipes da RAS. As informações dos usuários selecionados no estudo e de seus cuidadores serão coletadas por meio de registros nos prontuários dos usuários e banco de dados do serviço. Inicialmente, serão investigados os dados nos prontuários dos usuários atendidos pelas quatro EMAD clínicas com a finalidade de identificar os usuários que estão sob os cuidados do SAD nas modalidades AD2 ou AD3. Posteriormente serão identificados aqueles que continuam assistidos na AD embora demandando cuidados com menor frequência (intervalo entre as visitas superior a uma semana) e sem necessidade de intervenções multiprofissionais, o que os classificaria na modalidade AD1. A análise dos dados será realizada por meio do programa Stata, versão 14.0 e será detalhada adiante.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos pelo proponente:

Objetivo Primário: Analisar os fatores potencialmente associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde. **Objetivo Secundário:** Realizar uma revisão da literatura para definição das categorias de análise; Caracterizar a amostra do estudo; Estimar a prevalência da não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar; Identificar os fatores relacionados aos profissionais, usuários e cuidadores associam-se a não efetivação da alta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descreve o proponente:

Riscos: Constrangimento dos profissionais, do usuário ou do cuidador com a exposição de dados, mesmo sendo mantido o sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. Para sanar estes possíveis riscos os profissionais serão informados por meio do TCLE e pessoalmente, se

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.096.262

necessário, quanto à garantia da confidencialidade e privacidade dos dados, bem como de seu direito permanecer ou não na pesquisa em qualquer de suas etapas e de contatar a coordenadora da pesquisa ou o Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos, conforme explicitado no TCLE, podendo ser também providenciada um apoio psicológico caso necessário.

Benefícios: Contribuir para a melhoria da comunicação entre as EMAD e as equipes da APS; para a divulgação das demandas, expectativas e necessidades das EMAD, de modo a facilitar a articulação com a rede, especialmente com a APS; para a garantia da continuidade do cuidado ao usuário que já não mais necessita de uma assistência domiciliar na modalidade AD2 ou AD3, reforçando seu papel de assistência complementar à APS, conforme Portaria nº 825/2016. Pode também contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho das equipes envolvidas na AD e para o fortalecimento da RAS, visando à ampliação dos atendimentos domiciliares de forma mais resolutiva e de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que busca aprofundar os fatores que podem contribuir para melhoria da comunicação entre as EMAD e as equipes da APS, conforme o parecer da Câmara Departamental da Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - EE/UFMG, que também considera o projeto bem justificado, metodologia apropriada e adequada.

Segundo os preceitos éticos, o projeto se encontra em conformidade com a Resolução CS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Parecer aprovado pela Câmara Departamental da Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - EE/UFMG, em 13/03/17.
- Projeto completo, com orçamento e cronograma.
- Instrumento da pesquisa (dados que serão coletados nos prontuários e os questionários aos profissionais).
- Carta de anuência da pesquisadora em desenvolver a pesquisa segundo os preceitos da Resolução CNS 466/12.
- TCLE como carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e desistir do projeto à qualquer momento sem qualquer prejuízo. Informado sobre a metodologia, o objetivo e o armazenamento de 05 anos dos dados. Esclarece que não haverá qualquer forma de pagamento ou despesa ao participante. Foi descrito: "Os riscos identificados no desenvolvimento dessa pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos devido ao acesso dos pesquisadores às informações dos prontuários e banco de dados do serviço, bem como pela

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.096.262

aplicação do questionário. Para evitar esses possíveis riscos será mantido o total sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. No caso de algum constrangimento ou qualquer dúvida, você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof.^a Dr.^a Vânia de Souza ou com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COEP), encontrando-se os endereços e telefones de contato ao final deste documento".

- Carta de anuência da Prefeitura Municipal de Contagem, pela Diretora do Departamento de Atenção Domiciliar, em 09/01/2017.

Em carta resposta ao Parecer, o proponente informa que o município de Contagem não possui Comitê de Ética e que o órgão responsável pela aprovação deste estudo é a Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem (FAMUC), onde se encontra a Diretoria de Atenção Domiciliar, cuja anuência possui através da carta anexada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.096.262

aplicação do questionário. Para evitar esses possíveis riscos será mantido o total sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. No caso de algum constrangimento ou qualquer dúvida, você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof.^a Dr.^a Vânia de Souza ou com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COEP), encontrando-se os endereços e telefones de contato ao final deste documento".

- Carta de anuência da Prefeitura Municipal de Contagem, pela Diretora do Departamento de Atenção Domiciliar, em 09/01/2017.

Em carta resposta ao Parecer, o proponente informa que o município de Contagem não possui Comitê de Ética e que o órgão responsável pela aprovação deste estudo é a Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem (FAMUC), onde se encontra a Diretoria de Atenção Domiciliar, cuja anuência possui através da carta anexada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.096.262

aplicação do questionário. Para evitar esses possíveis riscos será mantido o total sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. No caso de algum constrangimento ou qualquer dúvida, você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof.^a Dr.^a Vânia de Souza ou com o Comitê de

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.096.262

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_901338.pdf	26/05/2017 11:37:12		Aceito
Outros	Cartaresposta.docx	26/05/2017 11:30:58	ERIKA GUIMARAES LAGE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	26/04/2017 15:04:59	ERIKA GUIMARAES LAGE	Aceito
Outros	Parecercamara.pdf	26/04/2017 14:37:07	ERIKA GUIMARAES LAGE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/04/2017 14:35:29	ERIKA GUIMARAES LAGE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/04/2017 18:05:40	Vania de Souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/04/2017 18:05:16	Vania de Souza	Aceito
Outros	Instrumentousuarioecuidador.pdf	18/04/2017 18:04:17	Vania de Souza	Aceito
Outros	Questionarioprofissionais.pdf	18/04/2017 18:02:53	Vania de Souza	Aceito
Outros	Cartaanuencia.pdf	12/04/2017 21:11:13	Vania de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	12/04/2017 21:02:58	Vania de Souza	Aceito
Outros	677893175parecerassinado.pdf	01/06/2017 18:22:47	Vivian Resende	Aceito
Outros	677893175aprovacaoassinada.pdf	01/06/2017 18:22:58	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Junho de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Appendice



Apêndice A – Instrumento de coleta para os usuários e cuidadores

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM		N° do Questionário:			
Instrumento de coleta : Fatores associados a não efetivação da alta no serviço de Atenção Domiciliar – Fonte Secundária							
Data da coleta:			EQUIPE:				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO							
Número do cartão SUS:							
Nome:							
Endereço:							
Bairro:			CEP:				
Telefone(s):							
Ponto de referência:							
DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO							
1. Data de Admissão: __/__/__		2. UBS* ¹ de referência:					
3. ORIGEM do usuário: a. () UPA b. () Hospital c. () UBS d. () Outros							
4. MOTIVO de inclusão na Atenção Domiciliar:							
CID principal:			CID secundário:				
5. MODALIDADE:		a. () AD2		b. () AD3			
6. FREQUÊNCIA (Número de visitas domiciliares realizadas por mês):							
7. UTILIZA TECNOLOGIAS (equipamentos, cuidados, multiprofissionais, etc)?							
a. () SIM <i>Quais?</i>			b. () NÃO				
c. Consta no prontuário a ação descrita como "acompanhamento do usuário" ? () SIM () NÃO			Explicite a data inicial da ação: __/__/__				
() ALTA, Data da Alta: __/__/__			Período de Acompanhamento em dias:				
() Em TRATAMENTO, Data da coleta: __/__/__			Período de Acompanhamento em dias:				
8. CORRESPONDE AOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA AD1?							
a. () SIM A partir de quando? Data: __/__/__		b. () NÃO					
9. ALTA?							
a. () SIM A partir de quando? Data: __/__/__		b. () NÃO					
10. INCLUÍDO NO ESTUDO Fatores associados a não efetivação da alta no serviço de Atenção Domiciliar?							
a. () SIM		b. () NÃO					
Motivo: () óbito () Transferido UPA () Transferido Hospitais () Mudou () Alta administrativa () Outros:							
*1 UBS: Unidade básica de saúde							
PERFIL DO USUÁRIO							
11. IDADE (anos completos):			Data de Nascimento:				
12. SEXO: a. () Masculino			b. () Feminino				
13. COR/ETNIA		a. () Branca	b. () Preta	c. () Parda	d. () Amarela	e. () Indígena	f. () Outros
14. ESTADO CIVIL		a. () Casado	b. () Solteiro	c. () Viúvo	d. () Separado	e. () União Estável	f. () Outros

Instrumento de coleta : Fatores associados a não efetivação da alta no serviço de Atenção Domiciliar – Fonte Secundária

15. ESCOLARIDADE:			
a. () Não alfabetizado	d. () Ensino Médio Incompleto	g. () Ensino Superior completo	
b. () Ensino Fundamental Incompleto	e. () Ensino Médio completo	h. () Ensino Superior completo com especialização	
c. () Ensino Fundamental Completo	f. () Ensino Superior Incompleto	i. () Outros	
16. ANOS DE ESTUDO:		17. RENDA FAMILIAR:	
18. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	a. () Auxílio Doença	c. () Aposentado	e. () BPC +2
	b. () Pensionista	d. () Na ativa	f. () Desempregado
19. ATIVIDADE ECONOMICA PRINCIPAL			
a. () Empregador	d. () Autônomo com previdência social	g. () Desempregado	
b. () Assalariado com carteira de trabalho	e. () Autônomo sem previdência social	h. () Não trabalha	
c. () Assalariado sem carteira de trabalho	f. () Aposentado/pensionista	i. () Outros	
20. RENDA FAMILIAR:			
21. RESPONSÁVEL FINANCEIRO: O próprio usuário?			
a. () SIM		b. () NÃO <i>Parentesco com o usuário:</i>	
22. POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO:			
a. () SIM <i>Qual?</i>		b. () NÃO	

** O Benefício da Prestação Continuada (BPC) da [Lei Orgânica da Assistência Social \(LOAS\)](#) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo.

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAL

23. Fumante?	30. Infarto Agudo do Miocárdio?
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
b. () NÃO	<i>N° de eventos?</i> _____
24. Uso de álcool?	b. () NÃO
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	31. Doença cardíaca?
b. () NÃO	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
25. Uso de outras drogas?	b. () NÃO
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	32. Tem ou já teve doença renal?
<i>Qual(is)?</i> _____	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
b. () NÃO	<i>Qual(is)?</i> _____
26. Hipertensão Arterial?	b. () NÃO
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	33. Tem ou já teve doença respiratória?
b. () NÃO	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
27. Diabetes?	<i>Qual(is)?</i> _____
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	b. () NÃO
b. () NÃO	34. Tem ou já teve hanseníase?
28. AVC?	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____	b. () NÃO
<i>N° de eventos?</i> _____	35. Tem ou já teve câncer?
b. () NÃO	a. () SIM <i>Tempo(anos):</i> _____
29. Foi internado nos últimos 12 meses?	b. () NÃO
a. () SIM	
b. () NÃO	
<i>Por qual(is) motivo?:</i>	

Instrumento de coleta : Fatores associados a não efetivação da alta no serviço de Atenção Domiciliar – Fonte Secundária

CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO

36. SITUAÇÃO DE MORADIA			
a. <input type="checkbox"/> Própria	b. <input type="checkbox"/> Financiada	c. <input type="checkbox"/> Alugada	d. <input type="checkbox"/> Arrendada
e. <input type="checkbox"/> Cedida	f. <input type="checkbox"/> Ocupação	g. <input type="checkbox"/> Outros	
h. Número de moradores:			
i. Número de cômodos:			
37. LOCALIZAÇÃO:			
a. <input type="checkbox"/> Urbana		b. <input type="checkbox"/> Rural	
38. TIPO DE DOMICÍLIO:			
a. <input type="checkbox"/> Casa		c. <input type="checkbox"/> Cômodo	
b. <input type="checkbox"/> Apartamento		d. <input type="checkbox"/> Outro	
39. ACESSO AO DOMICÍLIO			
a. <input type="checkbox"/> Pavimento		c. <input type="checkbox"/> Fluvial	
b. <input type="checkbox"/> Chão batido		d. <input type="checkbox"/> Outro	
40. MATERIAL PREDOMINANTE DO DOMICÍLIO			
a. <input type="checkbox"/> Alvenaria/tijolo	<input type="checkbox"/> Com revestimento	<input type="checkbox"/> Sem revestimento	
b. <input type="checkbox"/> Taipa	<input type="checkbox"/> Com revestimento	<input type="checkbox"/> Sem revestimento	
c. <input type="checkbox"/> Outro material	<input type="checkbox"/> Madeira aparelhada	<input type="checkbox"/> Madeira aproveitada	<input type="checkbox"/> Palha
d. <input type="checkbox"/> Outros:			
41. ABASTECIMENTO DE ÁGUA			
a. <input type="checkbox"/> Encanada até a residência		c. <input type="checkbox"/> Cisterna	e. <input type="checkbox"/> Outro
b. <input type="checkbox"/> Poço /nascente na residência		d. <input type="checkbox"/> Carro pipa	
42. TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO:			
a. <input type="checkbox"/> Filtração		c. <input type="checkbox"/> Cloração	
b. <input type="checkbox"/> Fervura		d. <input type="checkbox"/> Sem tratamento	
43. FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO:			
a. <input type="checkbox"/> Esgoto encanado	c. <input type="checkbox"/> Direto a rio/lago	e. <input type="checkbox"/> Outro	
b. <input type="checkbox"/> Céu aberto	d. <input type="checkbox"/> Fossa séptica		
44. DESTINO DO LIXO:			
a. <input type="checkbox"/> Coletado		c. <input type="checkbox"/> Céu aberto	
b. <input type="checkbox"/> Queimado/enterrado		d. <input type="checkbox"/> Outro	
45. ANIMAIS NO DOMICÍLIO			
a. <input type="checkbox"/> SIM <i>Quantos?</i> _____ <i>Qual(is)?</i> _____			
b. <input type="checkbox"/> NÃO			
DADOS DO CUIDADOR			
46. IDADE (anos completos):		Data de Nascimento:	
47. SEXO: a. <input type="checkbox"/> Masculino		b. <input type="checkbox"/> Feminino	
48. VÍNCULO com o usuário	a. <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro b. <input type="checkbox"/> Filho/enteado c. <input type="checkbox"/> Pai/mãe	d. <input type="checkbox"/> Avô/avó e. <input type="checkbox"/> Neto f. <input type="checkbox"/> Irmão	g. <input type="checkbox"/> Outro
49. TREINAMENTO realizado pelo profissional:			
a. <input type="checkbox"/> SIM	a. <input type="checkbox"/> Médico b. <input type="checkbox"/> Enfermeiro	c. <input type="checkbox"/> Técnico em enfermagem d. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	e. <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo f. <input type="checkbox"/> Outros
b. <input type="checkbox"/> NÃO			
Observações:			