

LEANDRO MARTINS DINIZ

**ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA PELAS EQUIPES
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM MINAS GERAIS DE 2010 A
2015**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018**

Leandro Martins Diniz

**ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA PELAS EQUIPES
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM MINAS GERAIS DE 2010 A
2015**

Dissertação e produto técnico apresentados ao Colegiado de Pós-Graduação, nível Mestrado Profissional em Odontologia de Saúde Pública, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Orientador: Prof^a.: Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí

Coorientador: Prof^a.: Ana Cristina Borges de Oliveira

Colaborador: Prof. Mauro Henrique Nogueira de Guimarães Abreu

Belo Horizonte
2018

Ficha Catalográfica

D585a Diniz, Leandro Martins.
2018 Análise da atenção domiciliar prestada pelas equipes de
T atenção primária à saúde em Minas Gerais de 2010 a 2015 /
Leandro Martins Diniz. -- 2018.

92 f. : il.

Orientadora: Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri.
Coorientadora: Ana Cristina Borges de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Visita domiciliar. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Serviços de assistência domiciliar. 4. Sistemas de
informação em saúde. 5. Serviços de saúde. I. Houri, Loliza
Chalub Luiz Figueiredo. II. Oliveira, Ana Cristina Borges
de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA EM MINAS GERAIS DE 2010 A 2015.

LEANDRO MARTINS DINIZ

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Aprovada em 28 de junho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - Orientadora
FO-UFGM

Prof(a). Ana Cristina Borges Oliveira
FO-UFGM

Prof(a). Daniele Lopes Leal
SES/MG - FEAD

Prof(a). Rosa Nubia Vieira de Moura
FO-UFGM

Belo Horizonte, 28 de junho de 2018.

AGRADECIMENTO

Agradecimento muito especial a minha orientadora prof^a Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí. Foram várias reuniões que tivemos e em nenhuma delas faltou atenção, cuidado e paciência comigo. Queria destacar que eu aprendi muito com os seus ensinamentos. Saio desse mestrado uma nova pessoa e tão importante quanto o conhecimento adquirido serão as lembranças deixadas de uma orientação surpreendente pautada no profissionalismo, cuidado, respeito e amizade. Vou guardar essas lembranças com muito carinho e certamente a saudade deixada por elas servirão de combustível para me estimular a continuar....

Aos meus pais Maria e Luciano pelo amor, proteção e conforto nos momentos mais difíceis. Sem o apoio de vocês a realização deste sonho não seria possível.

Ao Dyêgo pela compreensão e apoio dedicados nos diversos momentos em que os estudos foram prioridade.

Ao Miguel Hourí Neto pela convivência agradável e por ter dedicado seu tempo, conhecimento e atenção. Suas contribuições foram valiosas para a melhoria da metodologia desse estudo.

A minha coorientadora, prof^a Ana Cristina Borges de Oliveira, e ao prof. Mauro Henrique Nogueira de Guimarães Abreu pelas contribuições que enriqueceram este estudo.

A Profa. Isabela Pordeus pelo excelente trabalho desempenhado na condução da chefia do Colegiado de Pós Graduação. Quando precisei, você foi atenciosa e justa, meu caminho até aqui também inclui você.

A Carla Aparecida Sanglard Oliveira e a Profa. Mara Vasconcelos por terem me incentivado a participar do processo seletivo deste Mestrado.

Agradeço aos meus colegas de trabalho do Centro de Saúde Tirol: Sophia Cota, Patrícia Pajuaba, Vera Alice, Daniela Reis e Marina Hosken pelo apoio prestado nos momentos em que estive ausente.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Rafaela Sardi, gerente do Centro de Saúde Francisco Gomes Barbosa (Tirol), por reconhecer e apoiar a capacitação dos seus servidores através da efetivação dos programas de educação permanente vigentes.

RESUMO

A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que está em expansão no Brasil e no mundo. Serviços públicos e privados têm investido na implementação desse tipo de assistência, devido ao seu potencial de transformar o modelo de atenção vigente, colocando em destaque o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Diante da importância de conhecer o cenário de distribuição desses serviços nos territórios, bem como traçar o perfil do trabalho dos profissionais da AD, justifica-se a realização desse estudo. O objetivo foi analisar o quantitativo das visitas domiciliares (VD) realizadas no âmbito da APS, no Sistema Unico de Saúde (SUS) em Minas Gerais (MG), de acordo com as categorias profissionais, de 2010 a 2015. Outros objetivos foram comparar as taxas (TX) de VD entre as macrorregiões de saúde e determinar a sua distribuição espacial. Trata-se de um estudo ecológico de base epidemiológica com abordagem quantitativa. A quantidade de VD realizadas no período de 2010 a 2015, pelas categorias profissionais que compõem as equipes de APS do SUS (profissionais de nível médio, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior) foi coletada no Sistema de Informação da Atenção Básica. O cálculo da TX ponderou o porte populacional do município e usou como referência o número médio de pessoas da área de abrangência das equipes de APS (3.000 habitantes). Análises descritivas e inferenciais (teste de Mann-Whitney) estimaram e compararam as medianas das TX de VD entre as categorias profissionais e entre as macrorregiões de saúde, para cada ano separadamente, com o software InStat 3.0. A distribuição espacial das TX de VD foi verificada pela plotagem de mapas no software ArcGIS® 10.4.1. Diferenças significativas ($p < 0,05$) nas TX de VD foram identificadas entre categorias profissionais e entre macrorregiões. Maiores valores foram encontrados para os profissionais de nível médio em relação aos enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior. A mediana das TX de VD em 2010 dos profissionais de nível médio foi 515,0, seguida de 258,7 dos enfermeiros, 112,2 dos médicos e 62,4 dos outros profissionais de nível superior. As macrorregiões Sudeste, Sul, Leste do Sul e Triângulo do Sul tiveram melhor desempenho nas ações de AD do que a macrorregião Centro. Conclui-se que o perfil das VD realizadas no SUS em MG possui um quantitativo elevado, porém distribuído de maneira desigual entre as categorias profissionais e as macrorregiões de saúde. É fundamental que os serviços conheçam o panorama geral da AD nos territórios de atuação das equipes de APS, para que seja possível diminuir iniquidades regionais e minimizar discrepâncias entre os profissionais, tendo em vista a qualificação do cuidado prestado, a partir da melhoria da APS.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Serviços de assistência domiciliar. Atenção primária à saúde. Sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT

Analysis of home care provided by the primary health care teams in Minas Gerais, 2010 to 2015.

Home care (HC) is a modality of health care that is expanding in Brazil and in the world. Public and private services have invested in the implementation of this type of assistance, due to its potential to transform the current model of care, highlighting the work of the Primary Health Care (PHC) teams. Given the importance of knowing the scenario of distribution of these services in the territories, as well as outlining the work profile of AD professionals, it is justified to carry out this study. The objective was to analyze the number of home visits (HV) carried out under the PHC, in the Unified Health System (SUS) in Minas Gerais (MG), according to the professional categories, from 2010 to 2015. Other objectives were to compare the rates (RT) among health macro-regions and determine their spatial distribution. This is an ecologically based epidemiological study with a quantitative approach. The amount of HV performed in the period from 2010 to 2015, by the professional categories that make up the SUS PHC teams (mid-level professionals, nurses, physicians and other professionals of higher education) were collected in the Basic Attention Information System. The RT calculation weighted the population size of the municipality and used as reference the average number of people in the area covered by the PHC teams (3,000 inhabitants). Descriptive and inferential analyzes (Mann-Whitney test) estimated and compared the medians of the RT of HV among the professional categories and between the macro-regions of health, for each year separately, with the software InStat 3.0. The spatial distribution of the RT of HV was verified by plotting maps in ArcGIS® software 10.4.1. Significant differences ($p < 0.05$) in RT of HV were identified between professional categories and between macro regions. Higher values were found for mid-level professionals in relation to nurses, physicians and other higher level professionals. The median of the RT of HV in 2010 of high school professionals was 515.0, followed by 258.7 of the nurses, 112.2 of the physicians and 62.4 of the other professionals of higher level. The Southeastern, Southern, South Eastern and Southern Triangle macro-regions performed better in AD actions than the Center macro-region. It is concluded that the HV profile performed in SUS in MG has a high quantitative, but unevenly distributed among professional categories and macro-regions of health. It is essential that the services are aware of the general landscape of HC in the territories of the PHC teams, so that it is possible to reduce regional inequities and minimize discrepancies between professionals, in view of the qualification of the care provided, through the improvement of PHC.

Key words: home visits. Home care services. Primary health care. Health information systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa das macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais	27
Figura 2 - Fluxograma de obtenção dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde.....	28
Figura 1 - (Artigo) - Esquema de obtenção e organização dos dados.....	38
Gráfico 1 - (Artigo) - Taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2010-2015.....	40
Figura 2 - (Artigo) - Média das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde distribuídas por quartil, nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2010-2015.....	42

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Composição das equipes de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde.....	18
Quadro 2 – Modalidades de Atenção Domiciliar	20
Tabela 1 - (Artigo) - Medianas das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2010-2015.....	40
Tabela 2 - (Artigo) - Medianas das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2010-2015.....	43
Quadro 1 - (Produto técnico) - Planilha de identificação dos usuários.....	62
Quadro 2 - (Produto técnico) - Classificação dos usuários em AD segundo escala de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola (GONZALEZ <i>et al.</i> , 1991).....	63
Quadro 3 - (Produto técnico) - Ficha de identificação de necessidade em saúde bucal percebidas durante a VD pelo profissional TSB.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar Tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar Tipo 3
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eAB	Equipe de Atenção Básica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TX	Taxas
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Contexto da Atenção Domiciliar	14
2.2 Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)	17
2.2.1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	18
2.2.2 Modalidades de Atenção Domiciliar no SUS	19
2.3 Saúde Bucal na Atenção Domiciliar	20
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 Desenho de estudo.....	25
4.2 Coleta de dados.....	25
4.2.1 Consulta dos Sistemas de Informação em Saúde.....	25
4.2.2 Variáveis de estudo.....	26
4.3 Análise dos dados.....	29
4.4 Aspectos éticos.....	29
5 ARTIGO “Visitas Domiciliares na Atenção Primária: distribuição por categorias profissionais e macrorregiões de um estado brasileiro”.....	30
6 PRODUTO TÉCNICO	54

7 PRODUÇÃO INTELECTUAL NO PERÍODO (2016-2018)	71
7.1 Apresentação de trabalho em eventos	71
7.2 Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)	71
7.3 Resumo aceito para apresentação em eventos.....	71
7.4 Artigo completo submetido em periódico.....	72
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	82

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante as últimas décadas, muitos países adotaram sistemas de cobertura universal de saúde como meta nacional. Este fenômeno começou na Alemanha no início do século XX e mais tarde se espalhou por outras partes da Europa. Embora os países sejam diferentes, com histórias, culturas e sistemas diversos, movimentos em direção a universalidade da atenção aconteceram após longos processos históricos, em consequência de períodos de grande agitação dos países. Isso se deu em um ambiente econômico difícil, que criou oportunidades para romper com grupos resistentes e implementar reformas inovadoras em suas estruturas sociais, econômicas e políticas. Foi o que aconteceu, por exemplo, após a crise financeira da Indonésia, Tailândia e Turquia; durante o período de redemocratização do Brasil; após segunda guerra mundial na França, Grã-Bretanha, Suécia e Japão. A cobertura universal na saúde representa um avançado estágio da seguridade social, por seu imenso potencial de melhorar a saúde da população, principalmente as mais pobres. Esses sistemas de saúde baseados na cobertura universal são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde. O acesso às suas ações e serviços não é mais visto como mérito exclusivo das classes trabalhadoras, mas sim como direito de cidadania garantido a toda população (GIOVANELLA *et al.*, 2014; ABIIRO *et al.*, 2015; FRENK, 2015; REICH *et al.*, 2016).

No Brasil, esse processo iniciou em 1986, quando aconteceram importantes mudanças para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país: dava-se início ao movimento de Reforma Sanitária brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como um direito de cidadania e a aprovação desse conceito delinearam os fundamentos para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele foi implementado na Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), que reconheceu a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde fundamentou os princípios da universalidade, integralidade e participação social. O SUS adotou os princípios da Atenção Primária a Saúde (APS) para ser ordenadora das mudanças do modelo assistencial, com o lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF). A expressiva ampliação da APS e a oferta de cobertura universal trouxeram grandes avanços para o acesso às

ações e serviços de saúde. No entanto, apesar das conquistas de gestão no setor, o SUS ainda é um sistema de saúde em desenvolvimento: continuam os desafios para a garantia da cobertura universal, equidade da atenção e reformulação das formas de se produzir saúde. (PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2012a; DE-CARLI *et al.*, 2015).

O modelo de atenção à saúde caracterizado pela abordagem médico centrada e hospitalocêntrica, não deu conta de resolver as necessidades de saúde decorrentes do envelhecimento da população. Dessa forma, surge a necessidade de expansão de modelos de atenção contra-hegemônicos, pautados na equidade, integralidade, trabalho multiprofissional, com serviços organizados em rede, com destaque às ações assistências pautadas na APS (SILVA JUNIOR *et al.*, 2007).

Nos últimos anos, com a expansão das equipes de APS, a atenção domiciliar (AD) ganhou destaque na formulação de políticas públicas de saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa Melhor em Casa e reconheceu a potencialidade estratégica da AD como alternativa para alterar a forma de produzir saúde no Brasil. A AD é uma modalidade de cuidado em saúde reconhecida por: ser custo efetiva, promover a desospitalização e humanizar o cuidado. Os usuários eleitos para esse modelo de atenção passam por pessoas com limitação/incapacidade de deslocamento, gestantes e pessoas em cuidados paliativos (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL 2012a, MBUAGBAW *et al.*, 2015, TANUSEPUTRO *et al.*, 2018).

O processo de trabalho em AD é caracterizado pela atenção multiprofissional (QUADRO 1), há forte identificação das equipes com programa, o envolvimento e implicação desses profissionais vão ao encontro de outra característica da AD, a humanização do cuidado (FRANCO *et al.*, 2008). É destaque na literatura que as equipes de saúde da família (eSF) realizam visitas domiciliares (VD) rotineiramente em seus serviços, com destaque ao trabalho realizado pelos enfermeiros (KERBER *et al.*, 2008). Entretanto, são poucos os relatos sobre o envolvimento das equipes de saúde bucal (eSB) nessa prática específica (DE-CARLI *et al.*, 2015). Além do perfil profissional, outra característica que pode influenciar na AD são os aspectos socioeconômicos e demográficos das regiões, com tendência à maior prevalência de doenças em pessoas e nas regiões mais pobres (TAVARES *et al.*, 2013; MOTA *et al.*, 2014).

A AD representa um novo desafio na reorientação do processo de trabalho das equipes. A percepção de diferenças no perfil dos profissionais e das regiões

sobre o cuidado em AD pode criar impacto sobre as condições de saúde das pessoas. Além disso, o perfil regional das VD realizadas no SUS ainda não foi identificado.

Diante das persistentes dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais (PAIM *et.al.*, 2011) apresenta-se este estudo, como instrumento de contribuição para melhoria da AD no que concerne a cobertura universal, equidade no atendimento, integralidade da atenção. Espera-se que com isso seja possível beneficiar um dos grupos mais excluídos – os de pessoas com limitação/incapacidade de se deslocar até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e que carecem de cuidados domiciliares, objetivando que atenção à saúde seja menos desigual.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Mudanças epidemiológicas e demográficas nas populações ampliam os problemas sociais e os desafios para enfrentá-los. As necessidades em saúde mudam à medida que a população envelhece e, tanto no Brasil quanto no mundo, a expectativa de vida das pessoas está aumentando, elas estão vivendo mais e reproduzindo menos, o resultado é o crescimento no número de idosos. Esse fenômeno, chamado de transição demográfica, promove outra mudança: a elevação do número de casos de doenças específicas da velhice (crônico-degenerativas). Como as pessoas estão vivendo mais, aumenta também a proporção de idosos que necessitam de cuidados contínuos e mais intensivos, trazendo com isso, uma série de consequências para a saúde (BRASIL, 2012a; COCHRANE *et al.*, 2016, MIHIC *et al.*, 2016).

Essa mudança no perfil de adoecer e morrer das populações desperta a reflexão de que historicamente, a institucionalização do sujeito adoecido não levou em consideração a participação da família sobre o cuidado de seu parente, seu papel nessa relação foi mitigado em detrimento da participação e valorização privilegiada do médico. A abordagem médico centrada aponta para a institucionalização das pessoas, com tendência à medicalização da vida e do sofrimento. A consequência desse modelo de atenção é a ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde e na utilização dos recursos, levando a custos crescentes, com uma contrapartida decrescente de resultados. Tornou-se necessário a reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que fosse possível lidar de forma mais adequada com as necessidades de saúde resultantes desse cenário (SILVA JR *et al.*, 2007; BRASIL, 2012a; GALLASSSI *et al.*, 2014).

Segundo De-Carli *et al.* (2015), ampliar o número de unidades de saúde não é suficiente para promover mudança de modelo de atenção. Mudanças concretas acontecem com a modificação da gestão e participação social; do processo de trabalho e de formação dos sujeitos; ancorados pelo conhecimento da situação de saúde e do território onde as pessoas vivem. O raciocínio clínico categórico não deu conta de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados. Características individuais e biológicas de adoecer desafiam a abordagem médico centrada (SILVA JR *et al.*, 2007).

É nesse contexto de mudanças que se impõe a necessidade de fortalecer e criar novas formas de cuidar em saúde. A AD surge como uma nova proposta de atenção, cujo objetivo é tentar superar as limitações inerentes ao modelo de institucionalização da pessoa adoecida. O direcionamento é alterado, assim como a estrutura. Portanto, o objetivo dessa sistemática diferente é reorganizar o processo de trabalho das equipes para oferecer assistência à saúde de forma mais abrangente (SILVEIRA, 2007; BRASIL, 2012a; GALLASSSI *et al.*, 2014; COCHRANE *et al.*, 2016; TOTTEN, 2016).

2.1 Contexto da Atenção Domiciliar

A AD é uma prática antiga. Nasceu em um cenário de iniquidade, no qual o tipo de serviço prestado distinguia-se em relação à classe social a quem ele era destinado. Enquanto famílias abastadas recebiam atendimento do médico em suas casas, aos mais pobres restava a visita dos agentes sanitários para detecção de focos de doenças. Ao longo do século, o atendimento no domicílio foi declinando como forma de cuidado e a oferta de serviços de saúde tornou-se cada vez mais institucionalizada (SAVASSI, 2016). Experiências nos municípios brasileiros iniciadas nas décadas de 1990 e 2000 são destaque, as quais avançam na concepção da AD como um serviço que deve estar articulado em rede. Esse serviço deve se organizar em equipes multiprofissionais de referência para uma certa população e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar (BRASIL, 2012c).

A expansão da AD tanto no setor privado quanto público é fato recente tanto no contexto nacional quanto internacional. Em vários países desenvolvidos, políticas de governo mostram necessidade de reconfigurar prestação de serviços sociais e de saúde para atender os requisitos atuais e futuros da população envelhecida. Desde que tenham suporte adequado, pessoas idosas preferem receber cuidados de saúde em sua própria casa e muitos países de alta renda têm promovido mudanças em direção a prestação desses serviços, como forma de otimizar a eficiência e sustentabilidade dos custos. Na Inglaterra, Austrália, Suécia e Nova Zelândia, por exemplo, serviços de saúde têm se focado na prestação de serviços preventivos e

individualizados, com o objetivo de oferecer cuidados domiciliares intensivos, que podem ajudar pessoas idosas a recuperar suas habilidades funcionais, maximizar sua independência e atrasar a necessidade de formas mais onerosas de cuidados (FLORIANI *et al.*, 2004; STALL *et.al.*, 2013; COCHRANE *et al.*, 2016; MIHIC *et. al.*, 2016).

Embora idosos acamados componham o grupo de maior prevalência para cuidados domiciliares é amplamente relatado na literatura o emprego desses serviços para todos os ciclos de vida (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL 2012a).

Neste contexto de transição demográfica e epidemiológica e crise do modelo de atenção, a AD passa a ser priorizada como modalidade de atenção estratégica para enfrentamento desse momento (BRASIL, 2012c). Um dos eixos centrais da AD é evitar hospitalizações desnecessárias e promover celeridade no processo de alta hospitalar. Outra vantagem é que o cuidado continuado no domicílio diminui o risco de infecção hospitalar e amplia a autonomia dos sujeitos. Dessa forma, coexistem duas vertentes possíveis para implantação dessa modalidade: uma financeira que promove uso mais adequado dos recursos, otimizando os custos com internações e outra de inegável ação humanizadora, que altera o modelo de atenção, revalorizando o lar como espaço para produzir novas formas de cuidar em saúde (FLORIANI *et al.*, 2004; BRASIL, 2012a; GALLASSI *et al.*, 2014).

As particularidades que regem a oferta de serviços na casa das pessoas ditam para uma abordagem de trabalho diferente das comumente realizadas em hospitais e unidades de saúde. As equipes são expostas à realidade social na qual a família está inserida e para fazerem o diagnóstico desse contexto, o processo de trabalho passa a ser reestruturado para o emprego da abordagem multidisciplinar. Essa nova realidade, exige desses profissionais maior capacitação para enfrentamento dos problemas, que passam a envolver relações entre profissionais, pacientes, cuidadores, familiares e ambiente familiar. Por sua vez, a conduta multidisciplinar e articulada das equipes permite maior fluidez na comunicação com os outros pontos da rede. A pessoa não é vista isoladamente e sua abordagem como um todo garante ações mais integrais e resolutivas (ROCHA *et al.*, 2013; BELO HORIZONTE, 2015).

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença (SILVA, 2010, p. 175).

Muitos termos têm sido utilizados como forma de definir e classificar as diferentes ações de cuidado no domicílio, muitos deles são sinônimos, mas foram empregados por cada autor com significados diferentes. De todo modo, para melhor compreensão, as modalidades da AD adotadas por este estudo estão de acordo com a sua finalidade, objetivos e atividades específicas, como pode ser visto a seguir (ANVISA, 2006; LACERDA *et al.*, 2006; BRASIL, 2012a, GALLASSI *et al.*, 2014):

- a) atendimento domiciliar, assistência domiciliar ou cuidado domiciliar: é um conjunto de todas as atividades programadas e continuadas que atendem aos objetivos terapêuticos, educativos ou assistenciais, sejam elas de baixa, média ou alta complexidade realizadas no domicílio, ou seja, é uma modalidade mais ampla que envolve a execução de qualquer ação de saúde realizada por profissionais no domicílio das pessoas (LACERDA *et al.*, 2006). Segundo Rocha *et al.* (2013), os atendimentos domiciliares são caracterizados pela ida do profissional da saúde à residência das pessoas. Constitui-se por um conjunto de ações educativas ou de intervenção voltadas para atuar no processo saúde-doença de indivíduos vulneráveis. Essa prática contribui para o estímulo à vida e à manutenção da participação do cuidado familiar, através do emprego de ações voltadas à prevenção, recuperação (reabilitação) e manutenção da saúde (ROCHA *et al.*, 2013);
- b) internação domiciliar: é uma atividade mais intensiva e complexa direcionada a pacientes doentes que requerem cuidados continuados. É a modalidade mais específica, atende aos objetivos terapêuticos e de reabilitação em um nível maior de complexidade tecnológica e de recursos humanos semelhante aos encontrados em um hospital (LACERDA *et al.*, 2006; GALLASSI *et al.*, 2014);
- c) VD: Tem um caráter mais pontual de contato do profissional da saúde para identificar riscos e demandas da saúde do paciente, da família e do domicílio. Tem o objetivo de promover a autonomia e independência do paciente para o autocuidado. Realiza coleta de informações para conhecer a realidade dos

indivíduos assistidos, para posteriormente aplicar abordagens assistenciais focadas na prevenção de doenças e promoção à saúde. Na prática, pode haver sobreposição entre VD e AD (LACERDA *et al.*, 2006; GALLASSI *et al.*, 2014);

- d) AD: é a definição mais abrangente, engloba as demais definições e contempla todos os seus objetivos simultaneamente. Envolve ações individuais desenvolvidas no domicílio como as de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, como também, ações macroestruturais: de políticas de saúde, saneamento, habitação, dentre outras (LACERDA *et al.*, 2006; BRASIL, 2012a).

Cabe ressaltar que as definições propostas para classificar as diferentes modalidades que compõem a AD ainda estão em construção e até agora não foi encontrado um consenso quanto ao seu uso entre os autores. Entretanto, embora elas tenham diferenças entre si, suas ações se relacionam, são complementares e interdependentes.

2.2 Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu resolução técnica que regulamentou o funcionamento dos serviços públicos ou privados que prestam AD nas modalidades de Assistência e/ou Internação Domiciliar (ANVISA, 2006). Cinco anos depois, em 2011, o MS avançou ainda mais no campo da AD ao redefini-la como nova modalidade de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar às modalidades já existentes. Nessa portaria, o MS estabelece que a AD garante a continuidade de cuidados e integra as redes de atenção à saúde, além de reconhecer o cuidado domiciliar desempenhado pelas equipes de APS no território como o primeiro nível da AD (AD1) (BRASIL, 2011). Dessa forma, o documento definiu melhor as atribuições das equipes e sinalizou uma necessidade de complementaridade e continuidade do cuidado entre as equipes de APS e Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) (QUADRO 1 e 2).

2.2.1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

A AD envolve ações que são realizadas por diferentes profissionais da saúde, os quais compõem as equipes de APS e as do SAD: serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial (BRASIL, 2012a). As diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de AD no SUS estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Composição das equipes de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde.

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE AD			
MODALIDADE AD1		SAD: Modalidades AD2 e AD3	
EQUIPES DE APS	NASF	EMAD	EMAP
Médicos	Fisioterapeuta	Médicos	Assistente social
Enfermeiros	Fonoaudiólogo	Enfermeiros	Fonoaudiólogo
Cirurgiões-dentistas	Terapeuta ocupacional	Fisioterapeuta ou assistente social	Odontólogo
Técnicos/auxiliares de enfermagem	Nutricionista	Técnicos/auxiliares de enfermagem	Farmacêutico
Técnicos/auxiliares de saúde bucal	Farmacêutico		Terapeuta ocupacional
ACS	Assistente social		Fisioterapeuta
	Psicólogo		Nutricionista
	Dentre outros...		Psicólogo

Fonte: Adaptado de Brasil (2012 e 2016).

As EMAD e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) são operacionalizadas e gerenciadas pelo SAD. Essas equipes têm função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio (BRASIL, 2012a).

De acordo com os parâmetros instituídos pelo MS, a EMAD deve realizar visitas em domicílio no mínimo uma vez por semana e pode ter a seguinte composição mínima: médico; enfermeiro; fisioterapeuta e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já a EMAP possui composição mínima de três

profissionais de nível superior, podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. As EMAP devem realizar visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD (BRASIL, 2013).

2.2.2 Modalidades de Atenção Domiciliar no SUS

Levando em consideração a complexidade, frequência de atendimento necessário e as características do quadro de saúde do usuário, a AD é organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) (QUADRO 2).

São critérios para exclusão do usuário no SAD a presença de pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

É de responsabilidade das equipes de atenção básica o apoio e acompanhamento de cuidados prestados aos usuários pela EMAD (AD2 e AD3). De acordo com Savassi (2016), pela primeira vez, APS e os SAD foram vistos como elementos integrados de cuidados, antes esses serviços eram vistos como modalidades concorrentes e não integradas. As EMAD, portanto, não substituem as ações realizadas pelas eSF no domicílio, pelo contrário, elas complementam suas ações ampliando a capacidade de resposta. Isso representa a valorização da APS como modalidade estratégica para o cuidado do usuário em AD, visto que ela é a responsável pela maior parte dos cuidados em AD no Brasil.

Quadro 2 - Modalidades de atenção domiciliar

Modalidade	Finalidade	Responsabilidade	Acompanhamento
AD1	I - Destina-se aos usuários que necessitam de cuidados de saúde de menor complexidade, estão controlados/compensados, mas com dificuldade/impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. II - Destina-se aos usuários que não se classificam para os critérios de inclusão das modalidades AD2 e AD3.	Equipes de Atenção Básica (eAB) – Saúde da Família (eSF), apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades.	VD regulares, no mínimo, uma vez ao mês.
AD2	Destina-se aos usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, mais recursos de saúde, apresentam dificuldade/impossibilidade física de locomoção e podem ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.	EMAD e EMAP	Contínuo
AD3	Semelhante a AD2, mas nesse caso a frequência de cuidados às necessidades de saúde do usuário é ainda maior, carecendo de uso de equipamentos como os de oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e paracentese, por exemplo.	EMAD e EMAP	Contínuo

Fonte: Adaptado de Savassi (2016) e Brasil (2016)

2.3 Saúde Bucal na Atenção Domiciliar

A saúde bucal no Brasil em termos de tecnologias, recursos humanos e produção científica é considerada uma das mais avançadas do mundo. Entretanto, existe um paradoxo entre as inovações conquistadas pelo setor e as marcantes iniquidades que regem a oferta e acesso aos serviços de saúde bucal pela população, principalmente as mais pobres. Um dos caminhos possíveis para se alterar essa realidade é reestruturar o processo de trabalho pelo emprego de tecnologias leves e mediar o encontro entre profissionais e usuários, para construção de um modelo de saúde bucal menos excludente e mais resolutivo (SANTOS *et al.*, 2008).

As iniquidades em saúde bucal podem ser ainda maiores se for considerado o acesso das pessoas, com dificuldade/incapacidade de se deslocar até uma UBS, a esses serviços. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de um bilhão de pessoas no mundo convivam com alguma forma de deficiência, algo em torno de 15% da população mundial. Segundo levantamento do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência, sendo que 3,6 milhões possuem grande dificuldade de locomoção (IBGE, 2010). Tal fato desencadeia uma reflexão sobre a necessidade de ampliar o acesso e qualificar o atendimento em saúde às pessoas com dificuldade/incapacidade de locomoção, empregando as ferramentas da visita e do cuidado domiciliar para que essas pessoas sejam adequadamente assistidas pelo SUS. Programas de governo que promovam a ampliação do acesso dos serviços odontológicos para a melhoria das condições de vida dessa população carecem de mais incentivos (CALDAS Jr *et al.*, 2013, DE-CARLI *et al.*, 2015).

Pensando no acesso integral dos serviços a essas pessoas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incluiu a VD como atribuição comum a todos os profissionais da atenção. Entretanto, ao elencar as atribuições específicas de cada categoria, ela não incluiu a VD nas atribuições específicas do cirurgião-dentista e nem do Técnico/Auxiliar em saúde bucal. A VD só foi atribuída claramente como responsabilidade da Equipe de Saúde bucal em documento anterior a esse, em 2004, na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Nesse documento, foi proposta a realização de VD pela equipe de saúde bucal com o objetivo de mudar o modelo de atenção vigente, de ampliar e qualificar as ações e cuidados em saúde, para todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012b). Assim, a atenção integral à saúde das pessoas que necessitam de cuidado domiciliar deve incluir a saúde bucal, a qual deverá estar empenhada em trabalhar de forma multidisciplinar com a finalidade de intervir e orientar familiares e cuidadores a oferecer ações preventivas e de mínima intervenção. Essas ações visam promover a saúde bucal para o enfrentamento do processo saúde-doença dos agravos mais comuns (CALDAS JR *et al.*, 2013; ROCHA *et al.*, 2013). Entretanto, poucos são os relatos na literatura a respeito dessa prática odontológica específica, talvez pela falta de capacitação profissional em atuar de maneira multidisciplinar ou a adaptação profissional. Ou até mesmo o desconhecimento por parte dos próprios pacientes,

familiares e profissionais envolvidos, a respeito da existência desses serviços (ROCHA *et al.*, 2013; GALLASSSI *et al.*, 2014).

Após nove anos de implementação da PNSB e incorporação da VD como atribuição das eSB, o MS aplicou instrumento avaliativo sobre as condições do acesso e da qualidade dos serviços ofertados pela atenção básica (PMAQ). Esse instrumento foi aplicado em todo o Brasil e 17202 equipes de saúde aderiram ao programa (DE-CARLI *et al.*, 2015). Ainda segundo De-Carli *et al.* (2015), a análise dos dados referentes à VD e ao cuidado no domicílio, elucidaria as lacunas presentes no dia-a-dia das equipes. Essa análise pode contribuir para o planejamento, frente às demandas mais evidentes identificadas na realidade dos serviços.

Entretanto, os dados coletados junto às eSF e eSB evidenciaram que metade dos profissionais da saúde bucal não realiza visita e cuidado domiciliar, enquanto número expressivo dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem informou que a VD é atividade de rotina nos seus serviços. Os dados encontrados são preocupantes, pois indica que as eSB não conseguiram acompanhar as políticas propostas pela atenção básica para mudança na forma de oferecer o cuidado em saúde. Os esforços para a construção de políticas públicas de saúde que garantam equidade no acesso, vínculo, integralidade, longitudinalidade, não estão sendo cumpridos pelas eSB (DE-CARLI *et al.*, 2015). Esses dados sugerem que as ações e serviços das eSB ainda estão atrelados a atuação profissional em consultório, ao atendimento clínico ambulatorial básico e individualizado, baseado na utilização de tecnologias duras, privilegiando as ações curativas e negligenciando o cuidado integral, que deve ser centrado no sujeito e na clínica ampliada (NARVAI, 2006 *et al.*; DE-CARLI *et al.*, 2015).

Segundo Santos *et al.* (2008), “O profissional formado para tratar apenas a doença limita sua prática por não perceber algo além da boca e, por percebê-la isolada de um corpo e de um território dinâmico, aborta outras possibilidades terapêuticas”. Dessa forma, constata-se que ainda há necessidade de criação de políticas mais diretas e indutoras, que direcionem a saúde bucal para um modelo de saúde que deixe de ser excludente e pouco resolutivo, com vistas ao ambiente domiciliar (DE-CARLI *et al.*, 2015). Sendo assim, é possível mudar as práticas em saúde bucal a partir da reorganização do processo de trabalho. Mas para isso, as eSB precisam superar as barreiras do conhecimento, se qualificarem e aumentar a

participação da odontologia em lutas inclusivas por políticas de defesa das pessoas com necessidade de cuidado domiciliar (CALDAS JR *et al.*, 2013).

Por fim, espera-se que este estudo contribua para melhor compreender e atender as pessoas em necessidade de cuidado domiciliar, garantindo-lhes mais cidadania e melhor qualidade de vida, na esperança de devolver a esses brasileiros inclusão justa na sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as VD realizadas no âmbito da APS no SUS em Minas Gerais, de acordo com as categorias profissionais que compõem as equipes de AD , de 2010 a 2015.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o quantitativo das VD realizadas no período de 2010-2015;
Comparar as taxas de VD realizadas entre as categorias de profissional visitador;
Comparar as taxas de VD entre as macrorregiões de saúde de Minas Gerais;
Determinar a distribuição espacial das taxas de VD entre as macrorregiões de saúde de Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Estudo ecológico de base epidemiológica com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados de produção e marcadores sobre as VD, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4.2 Coleta de dados

4.2.1 Consulta aos Sistemas de Informação em Saúde

A produção de informações na AD deve se basear em consultas ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, segundo a portaria GM/MS nº 2.527 (BRASIL, 2011). No entanto, o SIAB pode ser utilizado para informar as ações em AD (BRASIL, 2012c), no que diz respeito às VD, as quais se configuram como o primeiro nível de AD (AD1) (BRASIL, 2016).

A coleta de dados foi realizada diretamente nos bancos de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A consulta ao sistema foi realizada em 07 de agosto de 2017, segundo orientações do Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa (BRASIL, 2012a).

As macrorregiões do estado de Minas Gerais (MALACHIAS *et al*, 2010) foram definidas como as áreas de abrangência do estudo e o período estabelecido para o levantamento do quantitativo de visitas, de janeiro/2010 a dezembro/2015.

4.2.2 Variáveis de estudo

As variáveis dependentes foram as taxas (TX) de VD realizadas no âmbito da APS, nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais. As TX foram geradas a partir do número de VD realizadas por cada categoria de profissional visitador (profissional de nível médio, enfermeiro, médico e outro profissional de nível superior), ponderando-se o porte populacional do município e usou como referência a população da área de abrangência de uma equipe de saúde (3.000 habitantes) (BRASIL, 2012b). A ponderação pela população-alvo para o cálculo de TX, em lugar do uso de números absolutos, foi concebida por SANTOS *et al.* (2015), no estudo sobre utilização de serviços odontológicos hospitalares. Em virtude das diferenças nos portes populacionais entre as regiões de saúde, essa abordagem se mostra mais adequada. As variáveis independentes envolveram o período analisado, bem como as macrorregiões de saúde.

Dessa forma, as TX de VD para cada categoria profissional foram calculadas da seguinte maneira: número de VD x 3000hab / população do município. O porte populacional do município foi obtido também no DATASUS, através dos indicadores Demográficos e Socioeconômicos, na opção População Residente. As estimativas utilizadas pelo Tribunal de Contas da União, para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios, foram as informações selecionadas. O esquema de obtenção e organização dos dados está apresentado na Figura 2.

A variável dependente “outros profissionais de nível superior” é composta pelo trabalho realizado por diferentes categorias profissionais que incluem as VD desempenhadas por: cirurgião-dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social.

Além disso, a consulta ao SIAB foi referente a cada ano completo do período definido (2010-2015). Como o MS reconheceu o cuidado domiciliar desempenhado pelas equipes de APS como AD1, a partir da portaria GM/MS nº 2.527 (BRASIL, 2011), 2010 foi ano definido como ponto inicial do período analisado e 2015 como o período final, já que a partir de 2016 outro banco de dados foi utilizado pelo MS para alimentar a produção das ESF, o SISAB (DOU, 2017).

As variáveis independentes foram:

- a) as macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais: Sul, Centro-Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte (FIGURA 1).
- b) período analisado: janeiro 2010 a dezembro 2015

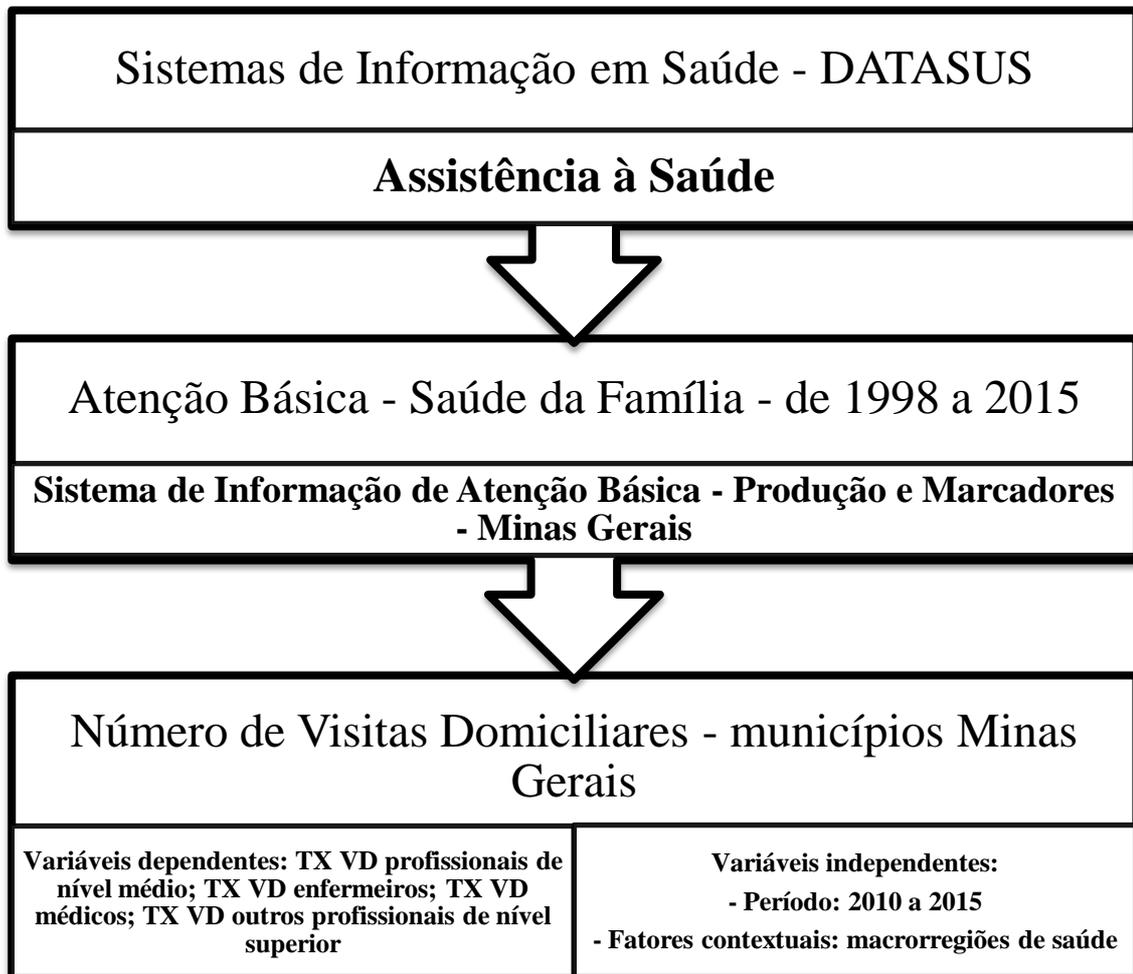
As etapas de coleta das variáveis e suas categorias estão representadas na Figura 2.

Figura 1 – Mapa das macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais



Fonte: MALACHIAS *et al.*, Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, 2010, p. 174.

Figura 2 – Fluxograma de obtenção dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3 Análise dos dados

Análises descritivas de frequência absoluta e relativa e cálculo de medidas de tendência central e variabilidade foram realizadas inicialmente. A descrição do quantitativo de VD realizadas no período de 2010 a 2015 foi efetuada por meio de gráficos de tendência.

Os dados não apresentaram distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov). Sendo assim, adotou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparar as medianas das TX de VD. Para a comparação entre as categorias profissionais foi usada a mediana das TX de VD das 13 macrorregiões, de cada ano separadamente. Já a comparação entre as macrorregiões utilizou a mediana das TX de VD dos municípios (total de 853 municípios em MG), de forma individualizada para cada categoria profissional, em cada ano separadamente.

A distribuição espacial das taxas de VD foi verificada por meio da plotagem de mapas, com o auxílio do *software ArcGIS*[®] versão 10.4.1 (Environmental Systems Research Institute, Redlands, CA). As análises descritivas e inferenciais foram realizadas pelo software InStat 3.0.

4.4 Aspectos éticos

Como se trata de estudo que utilizou um banco de dados público, não foi necessária aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

5 ARTIGO

Artigo submetido ao periódico Revista Panamericana de Salud Pública (Qualis 2013-2016: B2 - Área Odontologia) em 26 de maio de 2018 (ANEXO A) e formatado conforme as instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos (ANEXO B).

Visitas Domiciliares na Atenção Primária: distribuição por categorias profissionais e macrorregiões de um estado brasileiro

Visitas Domiciliares na Atenção Primária

Leandro Martins DINIZ^{1, 2}

Gabriela Aparecida Caldeira RHODES²

Mauro Henrique Nogueira de Guimarães ABREU²

Ana Cristina BORGES-OLIVEIRA²

Loliza Luiz Figueiredo Houry CHALUB²

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Brasil

² Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

RESUMO

Estudo ecológico com objetivo de analisar o quantitativo de visitas domiciliares (VD) realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais (MG), por categorias profissionais e macrorregiões de saúde, entre 2010-2015. Dados de produção e marcadores, do Sistema de Informação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde, foram consultados. A taxa (TX) de VD realizadas por profissionais de nível médio, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior foi definida como variável resposta. O cálculo da TX ponderou o porte populacional de pessoas adscritas pelas equipes de APS (3.000 habitantes). As variáveis independentes foram o período analisado (2010-2015) e as 13 macrorregiões de saúde de MG. Adotou-se o teste de Mann-Whitney para comparar as medianas das TX de VD, processado no software InStat 3.0. A distribuição espacial das TX de VD foi verificada pela plotagem de mapas no software ArcGIS® 10.4.1. O perfil das VD realizadas pelos profissionais das equipes de APS de MG evidenciou uma presença constante dessa modalidade de atenção, na rotina dos serviços de saúde. No entanto, houve maior atuação de algumas categorias profissionais (profissionais de nível médio e enfermeiros), bem como diferenças significativas entre macrorregiões de saúde. As regiões Sudeste, Sul, Leste do Sul e Triângulo do Sul tiveram TX de VD significativamente maiores ($p < 0,05$) do que diversas outras regiões, em especial a Centro. O perfil das VD realizadas no SUS em MG é de um quantitativo elevado, porém desigualmente distribuído entre categorias profissionais e macrorregiões de saúde.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Serviços de Assistência Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

An ecological study aimed at analyzing the quantitative of home visits (HV) performed in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) in Minas Gerais (MG), by professional categories and macro-regions of health, between 2010-2015. Production data and markers of the Basic Health Information System of the Ministry of Health were consulted. HV's rate performed by professionals with high-school degree, nurses, physicians and other professionals with undergraduate degree was defined as response variable. The rates calculation weighted the population size of people assigned by the PHC teams (3,000 inhabitants). The independent variables were the analyzed period (2010-2015) and the 13 macro-regions of health from MG. The Mann-Whitney test was used to compare the medians of HV's rates, processed in InStat 3.0 software. The spatial distribution of the HV's rates was verified by plotting maps in ArcGIS® software 10.4.1. The profile of the HV performed by the professionals of the PHC teams revealed a constant presence of this modality of attention, in the routine of the health services. However, there was a greater performance of some professional categories (professionals with high-school degree and nurses), as well as significant differences between macro-regions of health. The Southeast, South, South, and South Triangle regions had significantly higher HV's rates ($p < 0.05$) than several other regions, especially the Center. HV carried out in SUS-MG has a profile of high quantity, but unequally distributed among professional categories and macro-regions of health.

Key words: Home Visits. Home Care Services. Primary Health Care. Health Information Systems.

As iniquidades em saúde existentes entre grupos populacionais são enfrentadas até por países desenvolvidos que ofertam serviços de alta qualidade, como a Suécia (1). Nesses países, assim como no Brasil, existem sistemas de saúde universais que buscam cobertura total de serviços para a população, com abordagem integral (2). As ações universais, com gradação e intensidade proporcionais ao nível de desvantagem social, seriam aquelas capazes de reduzir o efeito do gradiente social na saúde. Essa forma de organizar os sistemas de saúde é chamada de universalismo proporcional (3). A visita domiciliar (VD) é uma modalidade com potencial de contribuir com essa lógica organizacional, que respeita o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a VD atua nos determinantes sociais da saúde devido ao seu potencial de reduzir desigualdades e disparidades nas condições de saúde da população (35).

A VD é reconhecida como uma intervenção custo efetiva, para apoiar idosos e pessoas com limitação/incapacidade de deslocamento a viverem em suas próprias casas (4,38,39). Além disso, os benefícios da VD já foram identificados na abordagem de gestantes, para aumentar a cobertura pré-natal e diminuir a mortalidade materna e infantil (5,34) e nos estágios de morte iminente, para que ela ocorra de forma mais humanizada, na casa dos pacientes (6).

O Ministério da Saúde (MS) definiu a AD como nova modalidade de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar àquelas já existentes (8), para garantir a continuidade de cuidados e integrar as redes de atenção à saúde. De acordo com a complexidade e características do quadro de saúde do usuário, a AD é organizada em três modalidades: AD tipo 1 (AD1), AD tipo 2 (AD2) e AD tipo 3 (AD3). A AD1 é desempenhada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) na área de abrangência. Além disso, as equipes de APS são responsáveis pelo apoio e acompanhamento de cuidados prestados aos usuários, pela Equipe Multiprofissional de

Atenção Domiciliar (EMAD), que compõem as modalidades de maior nível de complexidade de cuidados (AD2 e AD3), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (8). Essa definição de AD adotada pelo MS permitiu maior integração entre as equipes da APS e as EMAD. Isso representou a valorização da APS como modalidade estratégica para o cuidado do usuário em AD, pois ela é a responsável pela maior parte dessa atenção à saúde no Brasil (9).

A AD1 é atribuição de todos os profissionais que compõem as equipes de APS e as VD são realizadas de acordo com a demanda e necessidade dos usuários. Nesse processo estão envolvidos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas (CD) e outros profissionais de nível superior (33). A literatura destaca o número expressivo de médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem que fazem da VD serviço rotineiro da assistência (10, 30, 38), cabendo ressaltar o protagonismo dos enfermeiros na AD. Além de realizarem as VD, eles atuam liderando a coordenação do cuidado; promovem a articulação entre a família e a equipe multiprofissional e identificam demandas para outros profissionais (10). Já o ACS desempenha papel fundamental nas informações acerca da realidade socioeconômica-cultural que envolve cada usuário e sua família (11). Poucos são os relatos a respeito das VD realizadas pelo CD e já foi identificado que metade dos profissionais das equipes de Saúde Bucal (eSB) não realizam VD (12). Os aspectos socioeconômicos e demográficos podem influenciar a oferta de serviços de saúde à população e a disponibilidade de profissionais (13, 14). Em estudo sobre a carga de doença relativa às condições maternas (14) foram encontradas desigualdades entre as macrorregiões de Minas Gerais, sendo que nas três mais pobres do Estado (Jequitinhonha, Nordeste e Norte), a carga de doença correspondeu a 44% do total. Esses resultados mostram o quanto a

morbimortalidade materna é sensível às iniquidades de renda, que geram situação desigual no que se refere à distribuição dos serviços de saúde. Outro estudo apontou que nessas mesmas macrorregiões há maiores prevalências de doenças bucais, quando comparadas às macrorregiões de melhor nível socioeconômico (13). Maior prevalência de doenças diarreicas em menores de cinco anos também foi observada nas mesmas macrorregiões, sendo identificado que nelas existem piores condições sanitárias e de acesso à água tratada por abastecimento público (15). A percepção dessas diferenças regionais no contexto socioeconômico e demográfico, além do seu impacto sobre as condições de saúde, é importante para embasar a organização dos serviços, principalmente no que diz respeito a APS e a realização de VD. De acordo com o nosso melhor conhecimento, o perfil regional das VD realizadas no SUS ainda não foi identificado.

Diante do exposto, surgem as indagações sobre o perfil das VD realizadas no SUS, diferenças na atuação das categorias profissionais em AD, em termos quantitativos e na sua distribuição no território. Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar as VD realizadas no âmbito da APS no SUS em Minas Gerais (MG), de acordo com as categorias profissionais e macrorregiões de saúde, no período de 2010 a 2015.

Métodos

Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico transversal, cujas unidades de análise foram as 13 macrorregiões de saúde e os 853 municípios de MG.

Fonte de Dados

Dados de produção e marcadores da Atenção Básica lançados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foram consultados. Os bancos de dados do SIAB são disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do MS. A consulta seguiu as orientações do Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa (16) e foi realizada em 07 de agosto de 2017.

Variável Resposta

A taxa (TX) de VD realizadas no período de 2010 a 2015, pelas categorias profissionais que compõem as equipes de APS do SUS (profissionais de nível médio, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior) foi a variável resposta. As TX foram calculadas a partir do número de VD realizadas por cada categoria profissional, ponderando-se o porte populacional de pessoas adscritas pelas equipes de APS (17), tendo como referência a população da área de abrangência de uma equipe de saúde (3.000 habitantes) (18). O porte populacional do município foi obtido também no DATASUS, através dos indicadores Demográficos e Socioeconômicos, na opção População Residente. As estimativas utilizadas pelo Tribunal de Contas da União, para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios, foram as informações selecionadas. O esquema de obtenção e organização dos dados está apresentado na Figura 1.

Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram: o período analisado (2010 a 2015) e as 13 macrorregiões de saúde de MG (Sul, Centro-Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do

Norte), segundo o Plano Diretor de Regionalização, MG. Essa organização do território busca melhorar o planejamento em saúde pela lógica de redes de atenção, tendo a atenção primária como coordenadora do processo em relação aos demais níveis de atenção (19).

Análise de Dados

Análises descritivas de frequência absoluta e relativa e cálculo de medidas de tendência central e variabilidade foram realizadas inicialmente. A descrição do quantitativo de VD realizadas no período de 2010 a 2015 foi efetuada por meio de gráficos de tendência.

Os dados não apresentaram distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov), mesmo após tentativas de transformação matemática de seus valores. Assim, adotou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparar as medianas das TX de VD. Para a comparação entre as categorias profissionais foi usada a mediana das TX de VD das 13 macrorregiões, de cada ano separadamente.

A comparação entre as macrorregiões utilizou a mediana das TX de VD dos municípios (total de 853 municípios em MG), de forma individualizada para cada categoria profissional, em cada ano separadamente. A distribuição espacial das taxas de VD foi verificada por meio da plotagem de mapas, com o auxílio do *software ArcGIS*[®] versão 10.4.1 (Environmental Systems Research Institute, Redlands, CA). As análises descritivas e inferenciais foram realizadas pelo software InStat 3.0.

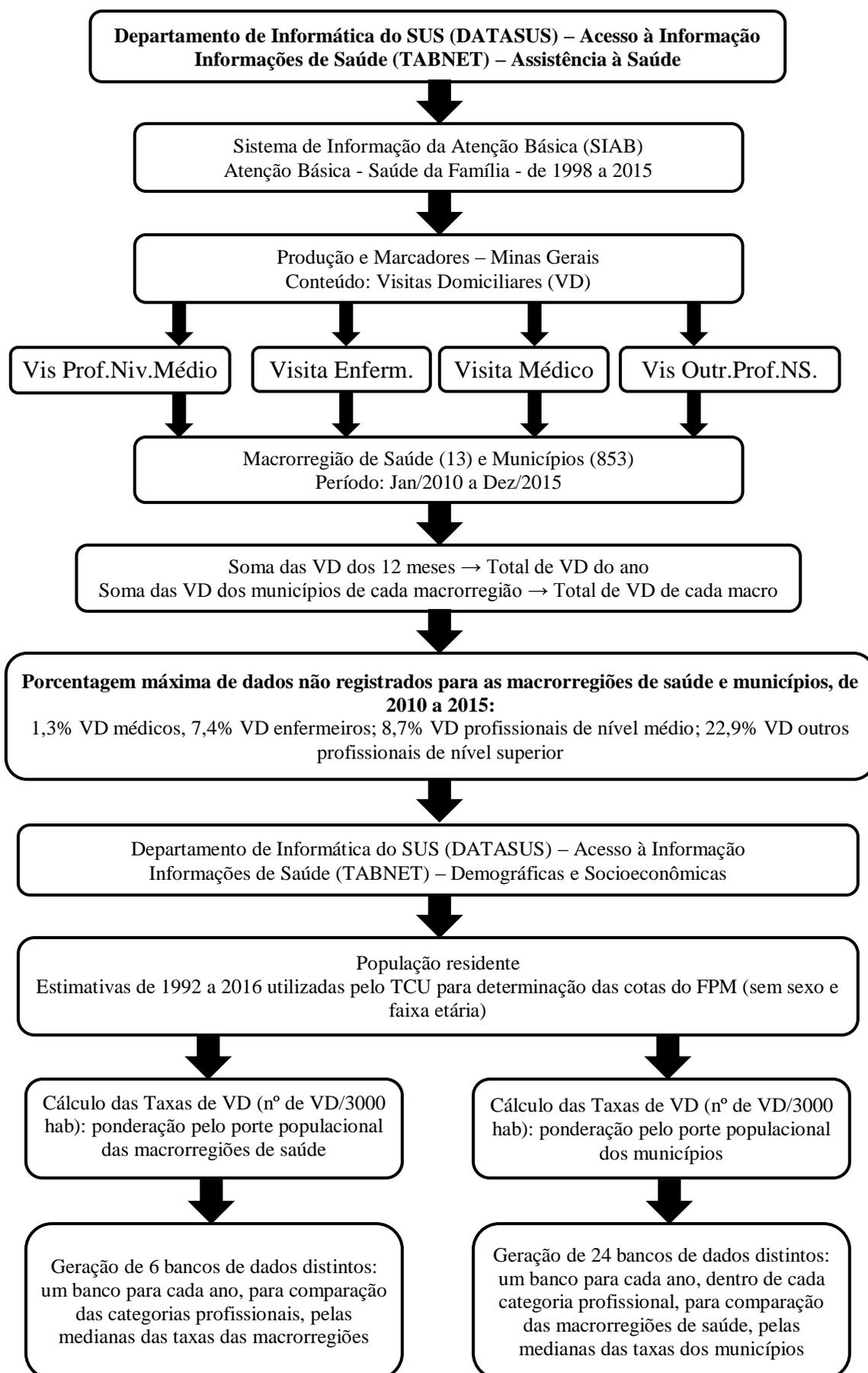


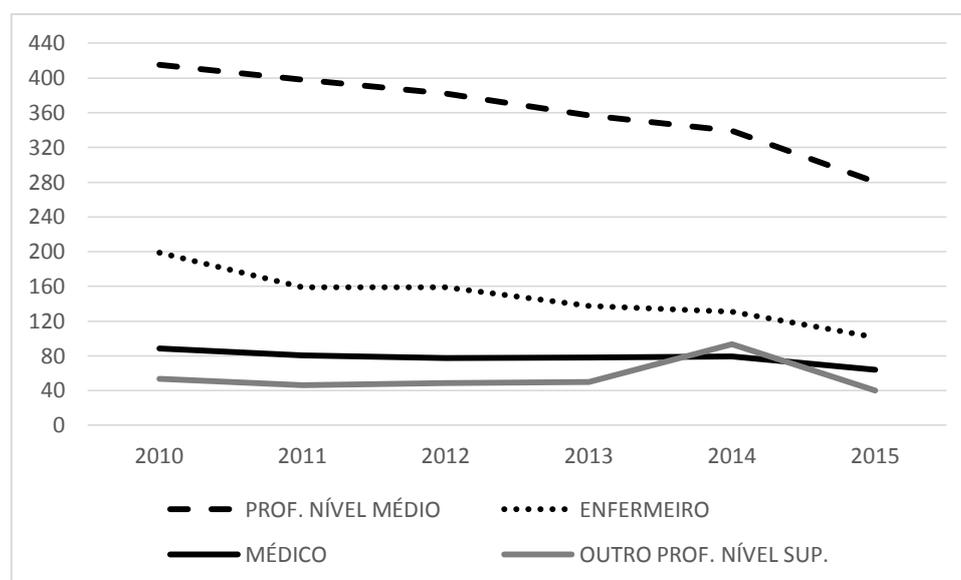
Figura 1 – Esquema de obtenção e organização dos dados.

Resultados

Uma grande quantidade de VD realizadas pelos profissionais das equipes de APS foi identificada no período estudado. A porcentagem máxima de dados perdidos ou não registrados foi de 1,3% para médicos, 7,4% para enfermeiros, 8,7% para profissionais de nível médio e 22,9% para outros profissionais de nível superior. Do total de VD identificadas em cada ano, a maioria correspondeu àquelas realizadas pelos profissionais de nível médio (>50% em todo período) e enfermeiros (>20% em todo período). O ano de 2010 se destacou como aquele com maior quantitativo total de VD de profissionais de nível médio (2 712 055), enfermeiros (1 297 383) e médicos (579 017). Já outros profissionais de nível superior realizaram mais VD em 2014 (646 414). O número de VD realizadas pelos profissionais de nível médio, enfermeiros e médicos diminuiu no ano de 2015 em relação a 2010. A maior diminuição foi observada entre profissionais de nível médio, cujo quantitativo de VD em 2015 foi até 3 vezes menor do que aquele registrado em 2010. Esse padrão pode ser verificado no Gráfico 1, que apresenta as TX de VD nos anos 2010 a 2015.

As diferenças entre as TX de VD de algumas categorias profissionais foram estatisticamente significativas. Maiores valores foram observados para os profissionais de nível médio em relação aos médicos e outros profissionais de nível superior, em todos os anos ($p < 0,001$). Já na comparação com as TX de VD dos enfermeiros, só foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em 2014. As diferenças entre as TX de VD de enfermeiros e outros profissionais de nível superior foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em todo o período analisado, exceto em 2014.

Gráfico 1 – Taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2010-2015



Todas as demais comparações não demonstraram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 1).

Tabela 1 – Medianas das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2010-2015

Categoria profissional	Mediana das taxas de visitas domiciliares por ano					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PNMED ^a	515,02 ^{c,d}	469,33 ^{c,d}	453,56 ^{c,d}	467,78 ^{c,d}	456,09 ^{b,c,d}	377,16 ^{c,d}
ENF ^b	258,72 ^d	202,23 ^d	202,78 ^d	155,85 ^d	164,46 ^a	125,07 ^d
MED ^c	112,19 ^a	93,89 ^a	93,05 ^a	85,91 ^a	97,04 ^a	72,00 ^a
OPNS ^d	62,37 ^{a,b}	59,84 ^{a,b}	61,28 ^{a,b}	62,83 ^{a,b}	130,68 ^a	53,62 ^{a,b}

^{a,b,c,d} Os números sobrescritos indicam entre quais categorias profissionais as TX de VD foram estatisticamente diferentes ($p < 0,05$) pelo teste de Mann-Whitney. Profissionais de nível médio (PNMED), enfermeiros (ENF), médicos (MED), outros profissionais de nível superior (OPNS).

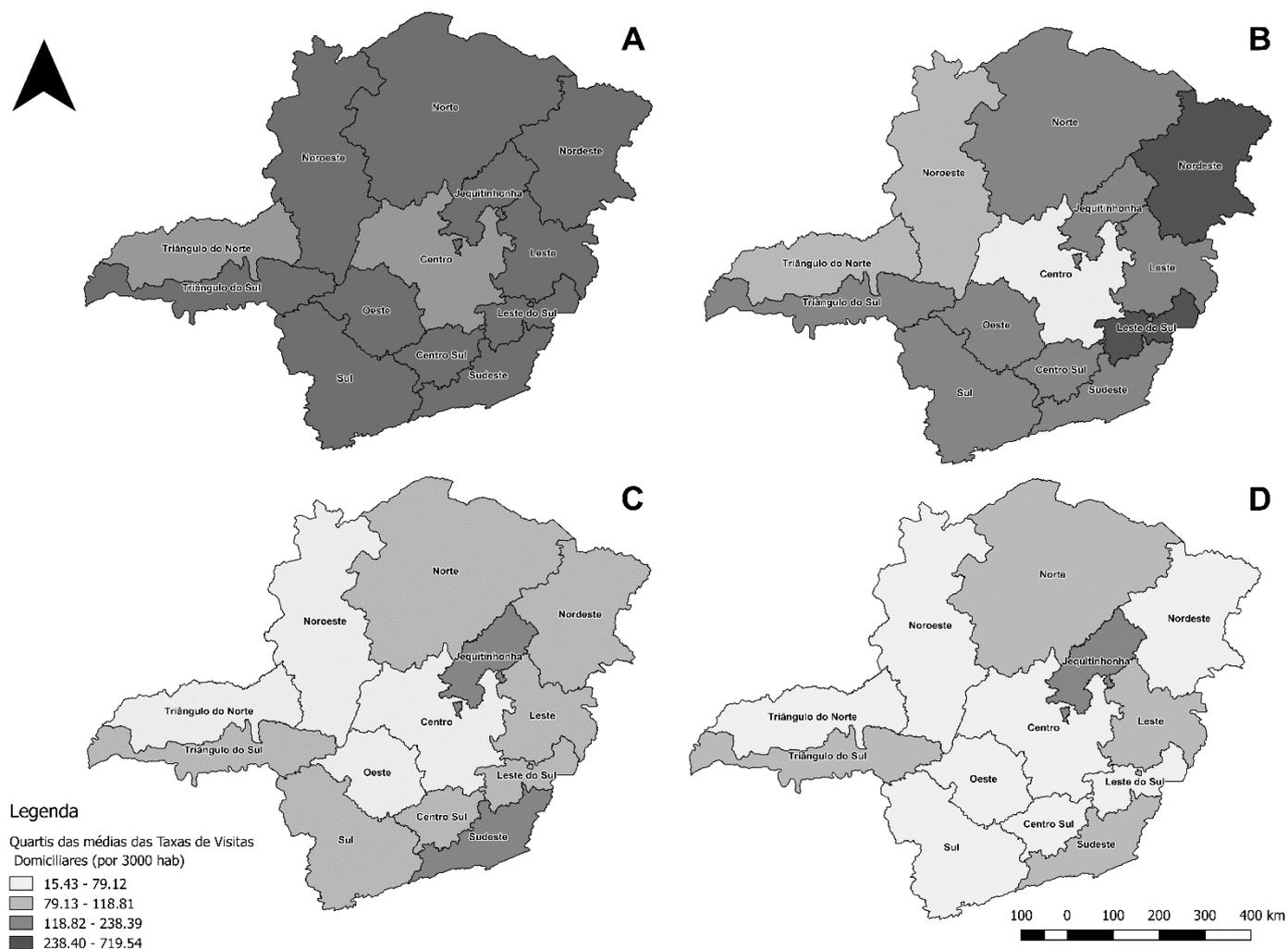
Entre as 13 macrorregiões do Estado, o menor número de VD foi observado para a categoria de outros profissionais de nível superior (2 706), na macrorregião Noroeste, no ano de 2015. Já a quantidade máxima de VD foi realizada por profissionais de nível médio (448 103), na macrorregião Sul, em 2010. Quando ponderado o porte

populacional, a macrorregião Centro registrou a menor TX de VD por outros profissionais de nível superior (11 visitas/3000 hab), em 2013. A maior TX foi encontrada para profissionais de nível médio na macrorregião Jequitinhonha (814 visitas/3000 hab), no ano de 2010.

Diferenças estatisticamente significativas em relação às TX de VD foram encontradas entre as macrorregiões (Tabela 2). De maneira geral, a região Sudeste apresentou TX de VD de profissionais de nível médio, de enfermeiros e de médicos significativamente maiores ($p < 0,05$) do que aquelas registradas nas regiões Centro e Noroeste, em boa parte do período estudado. A região Sul também apresentou TX de VD maiores do que as observadas na região Centro (para os enfermeiros, de 2010 a 2013) e na região Oeste (para médicos, de 2010 a 2012). As TX de VD dos enfermeiros na região Leste do Sul foram significativamente maiores do que aquelas registradas nas regiões Centro e Noroeste, em todos os anos. Em relação às TX de VD de outros profissionais de nível superior, valores significativamente maiores foram registrados para a região Triângulo do Sul, em comparação com as regiões Centro e Oeste, em 2010 e 2011. Ainda nessa categoria profissional, em 2012, observaram-se maiores TX de VD nas regiões Sudeste e Norte em relação ao Centro. Todas as demais comparações das TX de VD dessa categoria profissional entre as macrorregiões, nestes e em outros anos, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

A Figura 2 apresenta as médias das TX de VD do período, para todas categorias profissionais, distribuídas entre as macrorregiões de saúde de MG, de acordo com os quartis.

Figura 2 – Médias das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde distribuídas por quartil, nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2010-2015



(A) profissionais de nível médio, (B) enfermeiros, (C) médicos e (D) outros profissionais de nível superior

Tabela 2 - Medianas das taxas de visitas domiciliares realizadas pelas categorias profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde, nas macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2010-2015

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	ANO	MACRORREGIÕES ^a												
		Sul (1)	Centro-Sul (2)	Centro (3)	Jequitinhonha (4)	Oeste (5)	Leste (6)	Sudeste (7)	Norte (8)	Noroeste (9)	Leste do Sul (10)	Nordeste (11)	Triângulo do Sul (12)	Triângulo do Norte (13)
PROFISSIONAL NÍVEL MÉDIO	2010	648,30	750,75	437,15 ⁷	632,70	642,53	410,58 ⁷	840,91 ^{3,6,8,9}	439,80 ⁷	459,00 ⁷	750,10	681,45	638,30	460,68
	2011	551,84 ⁷	942,13	487,21 ⁷	764,18	570,42	448,07 ⁷	1070,50 ^{1,3,6,8,9}	397,73 ⁷	446,25 ⁷	941,67	618,60	518,97	490,35
	2012	536,50 ⁷	845,59 ⁸	409,06 ⁷	694,82	549,04	449,17 ⁷	1145,30 ^{1,3,6,8,9}	384,63 ^{2,7}	553,47 ⁷	746,20	489,40	525,26	486,40
	2013	534,16	904,13 ⁶	434,39 ⁷	499,07	615,90	371,44 ^{2,7,10}	779,37 ^{3,6,8,9}	423,19 ⁷	371,62 ⁷	726,24 ⁶	459,42	407,05	525,34
	2014	510,53	911,91 ^{3,6,8,9,13}	398,04 ^{2,7}	394,48	603,35	350,73 ^{2,7}	837,64 ^{3,6,8,9}	429,47 ^{2,7}	198,70 ^{2,7,10}	680,48 ⁹	439,11	363,85	311,33 ²
	2015	432,16 ⁹	525,83 ⁹	403,67	346,42	525,00 ⁹	245,24 ^{7,10,11}	645,98 ^{6,9}	370,69	135,16 ^{1,2,5,7,10}	565,04 ^{6,9}	564,54 ^{6,9}	299,55	321,67
ENFERMEIROS	2010	324,84 ^{3,5}	239,07	199,97 ^{1,7,10}	243,83	159,33 ^{1,7,10}	307,33	418,63 ^{3,5,9,13}	244,51	160,66 ^{7,10}	393,48 ^{3,5,9}	384,29	309,81	208,69 ⁷
	2011	260,76 ³	207,65	182,74 ^{1,7,10}	197,65	147,73 ^{7,10}	224,30	357,58 ^{3,5,9,13}	239,36	144,88 ^{7,10}	314,66 ^{3,5,9,13}	280,44	227,32	169,56 ^{7,10}
	2012	257,83 ^{3,9}	300,26	161,91 ^{1,7,10}	182,23	157,67 ^{7,10}	218,67	330,46 ^{3,5,8,9}	203,31	121,10 ^{1,7,10}	307,92 ^{3,5,8,9}	249,28	192,06	170,61
	2013	232,04 ^{3,9}	212,86 ⁹	155,73 ^{1,7,10}	128,75 ¹⁰	167,76 ^{7,10}	190,50	261,41 ^{3,5,8,9}	169,93	98,33 ^{1,2,7,10}	353,13 ^{3,4,5,8,9,12,13}	216,57	145,10 ¹⁰	132,42 ¹⁰
	2014	208,94	317,32	150,34 ^{7,10}	172,01	141,69	172,21	260,60 ^{3,9}	160,52 ¹⁰	133,15 ^{7,10}	267,50 ^{3,8,9,13}	213,70	130,52	133,90 ¹⁰
	2015	166,41 ⁹	153,51	141,04 ¹⁰	131,98	144,50	134,86 ¹⁰	192,57 ^{9,12}	138,22 ¹⁰	91,42 ^{1,7,10,11}	218,15 ^{3,6,8,9,12}	184,35 ⁹	84,86 ^{7,10}	110,17
MÉDICOS	2010	147,65 ^{3,5,8}	111,48	77,04 ^{1,6,7}	81,35	71,38 ^{1,6,7}	139,83 ^{3,5}	256,55 ^{3,5,8,9}	75,47 ^{1,7}	89,34 ⁷	143,58	114,89	123,52	138,15
	2011	104,76 ⁵	112,55	84,46 ⁷	84,29	60,86 ^{1,7}	104,30	195,95 ^{3,5,8,9}	88,69 ⁷	80,84 ⁷	112,86	119,23	102,10	116,43
	2012	104,52 ⁵	91,37	76,34 ⁷	89,07	72,00 ^{1,7}	96,70 ⁷	167,56 ^{3,5,6,8,9,11}	77,73 ⁷	63,76 ⁷	98,77	90,57 ⁷	90,60	89,21
	2013	92,49	94,66	69,54 ⁷	78,22	69,17 ⁷	120,44	158,98 ^{3,5,8,9}	71,34 ⁷	76,19 ⁷	96,54	102,39	96,46	102,51
	2014	101,98 ⁷	123,27	86,64 ⁷	84,90	86,69 ⁷	116,76	192,32 ^{1,3,5,8,9,13}	95,72 ⁷	91,04 ⁷	121,58	95,34	98,48	91,20 ⁷
	2015	105,94	72,73 ⁷	85,52	102,58	81,58 ⁷	87,31 ⁷	137,47 ^{2,5,6,8,9,12}	77,78 ⁷	55,59 ⁷	96,72	89,02	65,28 ⁷	86,98
OUTRO PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	2010	45,14	27,80	25,03 ¹²	42,82	20,85 ¹²	45,53	44,53	63,54	38,29	27,12	54,79	121,36 ^{3,5}	31,12
	2011	40,22	27,32	21,65 ¹²	51,09	12,25 ¹²	73,86	47,62	59,24	26,72	22,03	49,81	126,71 ^{3,5}	27,67
	2012	32,32	23,33	18,20 ^{7,8}	49,95	26,78	54,32	53,54 ³	54,40 ³	29,36	19,12	50,79	81,40	38,75
	2013	38,73	17,46	19,25	60,84	33,14	28,60	42,32	37,19	18,14	28,27	36,82	70,12	48,73
	2014	58,99	145,78	40,89	107,10	110,99	108,86	123,56	96,25	29,97	60,35	95,42	177,91	111,56
	2015	22,94	58,35	22,68	22,16	72,78	35,57	66,63	48,16	25,17	42,19	38,88	27,60	41,73

^a Os números sobrescritos indicam entre quais regiões as TX de VD foram estatisticamente diferentes (p<0,05) pelo teste de Mann-Whitney

Discussão

O perfil das VD realizadas pelos profissionais das equipes de APS de MG evidenciou uma presença constante dessa modalidade de atenção, na rotina dos serviços de saúde entre 2010 e 2015. No entanto, foi possível perceber maior atuação de algumas categorias profissionais (profissionais de nível médio e enfermeiros), bem como diferenças significativas entre as macrorregiões de saúde. É fundamental que os serviços conheçam o panorama geral da AD nos territórios de atuação das equipes de APS, para identificar discrepâncias entre a atuação dos profissionais e entre as realidades das regiões. Ao traçar esse perfil, os resultados desse estudo podem subsidiar a reorganização do processo de trabalho dos profissionais e a adequação de políticas de AD às realidades dos territórios. Assim, poderá contribuir com a redução de iniquidades regionais e avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (20). A importância do recorte regional para a análise dos dados se deve ao reconhecimento da territorialidade como um dos pressupostos da AD (21).

O elevado quantitativo de VD possivelmente reflete a superação do desafio apontado anteriormente por Mendes (22), de integrar a AD nas redes de atenção à saúde, inclusive às equipes de saúde da família. A partir da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) (8), essa integração foi efetivada com o trabalho dos profissionais da APS, que realizam a maior parte dos cuidados em AD no Brasil, acompanhando e apoiando os usuários assistidos pelas EMAD (9). A expressiva participação dos profissionais da APS no cuidado domiciliar também foi identificada anteriormente (12, 23, 30,), porém os resultados de alguns desses estudos se basearam no próprio relato dos profissionais, que pode apresentar alguma distorção, tendo em vista que alguns profissionais talvez não admitam a ausência das VD na sua rotina de

trabalho, o que caracteriza um discurso alinhado com a normativa e distante da operacionalidade. Os resultados do presente estudo não estão sujeitos a esse tipo de inconsistência, por terem se baseado nos dados efetivamente lançados nos sistemas de informação. Cabe lembrar, no entanto, que as informações coletados em bancos de dados secundários estão sujeitos as distorções que envolvem sub ou sobre registro.

De toda forma, a atuação desses profissionais sinaliza que está havendo a concretização das diretrizes do SUS e a efetivação das políticas públicas de saúde em AD. A partir dos resultados, pode-se vislumbrar que os profissionais estão empenhados na mudança do direcionamento do modelo de atenção para uma forma de fazer saúde baseada na equidade, integralidade e trabalho multidisciplinar (21, 23). Entretanto, chama atenção a diminuição do quantitativo de VD no final do período analisado. A maior quantidade verificada em 2010, em relação a 2015, talvez possa ser explicada, em parte, pela defasagem na alimentação do banco de dados do SIAB, que tende a ajustes e correções dos lançamentos ao longo do tempo. Essa explicação se reforça ao considerarmos que a partir da PNAD (8) houve maior aporte de recursos financeiros aos municípios para ampliação do acesso aos serviços, desenvolvimento e ampliação dos SAD (24). Sendo assim, seria esperado um aumento do quantitativo de VD ao longo do período estudado, após a implementação dessa Política, o que não foi observado nos presentes resultados. Além disso, a partir de 2016 outro banco de dados foi utilizado pelo Ministério da Saúde para alimentar a produção das Equipes de Saúde da Família, o SISAB (36), essa migração dos bancos poderia potencializar a defasagem na alimentação dos dados. Outro agravante é o baixo conhecimento dos gestores dos serviços de saúde dos municípios sobre as necessidades e potencialidades da AD (24).

Em relação às categorias profissionais, os resultados revelaram quantitativo diferenciado entre elas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a

VD como atribuição comum a todos os profissionais da APS (18), no entanto, foi identificado que os profissionais de nível médio realizaram mais VD, seguidos dos enfermeiros, médicos e por fim outros profissionais de nível superior. Tais diferenças foram significativas na comparação das TX de VD, sendo preponderante a atuação dos profissionais de nível médio, em relação aos médicos e outros profissionais de nível superior. Esse resultado pode indicar que, no processo de trabalho, esses profissionais são os que lidam diretamente com a população em AD, sendo os primeiros a encontrar e identificar as demandas, repassando-as para as equipes, o que seria uma vantagem em relação organização operacional que visa a otimização dos serviços.

As TX de VD dos enfermeiros também foram significativamente maiores do que as de outros profissionais de nível superior, com exceção dos médicos. O protagonismo dos enfermeiros nas VD possui destaque na literatura (10, 25, 32), principalmente ao confrontar sua produção com o baixo desempenho de outras categorias profissionais, especialmente as eSB (12, 32). Isso reflete a desvalorização do papel das eSB frente à realização das VD nos serviços de saúde, tanto públicos (25) quanto privados (26, 32, 37). Essa tendência se confirma inclusive pela exclusão do CD como profissional da equipe multiprofissional em AD nos estudos (25, 26). Esse cenário contrapõe aquele preconizado pela PNAB (18), pois é sabido que a atenção integral no cuidado domiciliar deve incluir a eSB, que deverá estar empenhada em trabalhar de forma multidisciplinar, com a finalidade de intervir e orientar familiares e cuidadores a oferecerem ações preventivas e de mínima intervenção (9, 27).

Nos resultados desse estudo, as VD realizadas pelo CD das eSB estão registradas com as VD de outros profissionais de nível superior, com exceção de enfermeiros e médicos. E mesmo assim, essa foi a categoria que apresentou as menores TX de VD. A menor participação desses profissionais nas VD talvez também possa ser explicada pela

ausência dessas categorias profissionais nas equipes de APS, uma vez que a equipe mínima da AD na APS é composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (28). Diante da escassez de recursos, os serviços podem estar optando por manter apenas as equipes mínimas nos serviços de AD. Com essa baixa participação de outros profissionais, pode estar havendo excesso de demanda das equipes de APS, o que causa contingenciamento e compromete as ações em AD, principalmente nas grandes cidades (28, 29). A falta de instrumento para registro e acompanhamento das VD realizadas pelos profissionais também é outro fator que pode interferir no quantitativo registrado (11).

Um padrão distinto de distribuição das VD foi observado entre as macrorregiões de MG, sendo que em algumas as TX de VD foram significativamente maiores. As macrorregiões Sudeste, Leste do Sul, Sul e Triângulo do Sul apresentaram as maiores TX de VD de maneira geral, na maior parte das categorias profissionais e do período estudado. Já a região Centro destacou-se como aquela com menores TX de VD em comparação à diversas regiões, considerando todas as categorias profissionais e todo o período de estudo. Essa macrorregião é a mais populosa de MG e onde se localiza a capital, destacando-se como uma das mais urbanizadas e com melhores condições socioeconômicas. Por tais motivos seria esperado, a princípio, que essa região demonstrasse um dos melhores desempenhos quanto às TX de VD. Porém os resultados apontam que a lógica de organização dos serviços de saúde em MG, quanto à modalidade de cuidado domiciliar, tem seguido a lógica do universalismo proporcional (3), estando mais presente em territórios cujas populações apresentam piores condições de saúde (13, 15, 34). Como a VD pode ser vista como uma modalidade com potencial de reduzir o efeito do gradiente social na saúde, ela talvez esteja mais inserida no cotidiano das práticas das equipes de saúde de regiões com maior desvantagem social. A

concentração de profissionais especializados e de equipamentos de saúde presentes nas regiões mais urbanizadas favorecem a prestação do cuidado em clínicas e hospitais, isso pode ser outro fator de impacto para os baixos valores de TX de VD para a macrorregião centro, assim como acontece no Canadá e EUA (5,16, 32). A realidade da violência vivida nas cidades de grande porte populacional, como os municípios da região Centro, pode ser vista como um desafio à realização das VD pelas equipes de APS desses locais (9).

Outras características do perfil regional poderiam influenciar a produção de VD como a cobertura das ESF no território e o modelo de atenção à saúde (25,31), o conhecimento da política de AD por gestores e profissionais (9, 24, 30, 37), o excesso de demanda assistencial (9, 29), a vulnerabilidade social e a violência encontradas em periferias urbanas e também a dificuldade no acesso geográfico e a ausência de referência de apoio em comunidades rurais e ribeirinhas (9, 31, 39), bem como recursos humanos e estruturais necessários para visitas (29). Entretanto, a potencial associação desses fatores contextuais com as VD não foi investigada por esse estudo. Outros fatores que também podem ser avaliados quanto aos seus efeitos sobre a AD, em estudos futuros, são o tipo de equipe de APS (Atenção Básica ou Estratégia Saúde da Família), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e perfil etário populacional. Cabe ressaltar, porém, que se trata do primeiro estudo capaz de atestar a existência de diferenças reais na realização de VD pelas categorias profissionais, em diferentes regiões, pois avançou em relação às comparações de números absolutos, de caráter meramente descritivo, realizadas anteriormente pelos estudos.

Contudo, algumas limitações necessitam ser discutidas, como a origem dos dados secundários, pois não há controle pelo pesquisador da alimentação sistemática e padronizada do sistema, nem sobre a qualidade do seu registro. Uma consequência

importante dessa análise é a indicação aos gestores da necessidade de aprimorar os registros (11). Mesmo cidades de grande porte de MG apresentaram situações de sub ou sobre registro, apesar de corresponderem à pequena parcela dos dados. Entretanto, essas limitações decorrem do caráter do desenho de estudo ecológico.

Conclusão

O perfil das VD realizadas no SUS em MG é de um quantitativo elevado, porém distribuído de maneira desigual entre as categorias profissionais e as macrorregiões de saúde. A identificação dos fatores contextuais, tanto dos serviços como dos territórios, envolvidos nesse processo ainda deve ser realizada por estudos futuros. A complementação do panorama traçado pelos resultados apresentados poderá contribuir com a reorganização das políticas de AD nos sistemas públicos de saúde universais e auxiliar gestores municipais a implementarem mudanças no processo de trabalho das equipes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden, *BMC Health Services Research*, 2017;17(91):1-8.
- 2 - Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, *et al.* Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet*, 2016;387(10020):811–16.
- 3 - Marmot M, Allen J, Goldblatt P, *et al.* Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010 Feb. 242 p.
- 4 - Cochrane A, Furlong M, McGilloy S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10 (CD010825):1-60.
- 5 - Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;12(CD010994):1-128.
- 6 - Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, *et al.* Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study. *PLoS ONE*. 2018;13(2):1-14.
- 7 – Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam Salud Pública*. 2008;24(3):180-88.
- 8 - Ministério da Saúde (BR) [Ministry of Health]. Portaria MS/GM nº 2.527/2011, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 10 p.
- 9 - Savassi LCM. 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):0-00.
- 10 - Kerber NPC, Kirchof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(3):485-93.
- 11 - Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014;23(1):165-75.
- 12 - De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Rev. Saúde e Debate*, 2015; 39 (105): 441-50.

- 13 - Mota JC, Valente JG, Schramm JMA, Leite IC. Estudo da carga de doença das condições orais em Minas Gerais, Brasil, 2004-2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19 (7): 2167–2178.
- 14 – Tavares LS, Leite IC, Noronha MF, *et al.* Diferenciais da carga de doença das condições maternas entre mulheres de 15 a 44 anos no Estado de Minas Gerais, 2004-2006. *R. bras. Est. Pop.* 2013;30(Sup.):S119-S134
- 15 - Oliveira AF, Leite IC, Valente JG. Carga Global das doenças diarreicas atribuíveis ao sistema de abastecimento de água e saneamento em Minas Gerais, Brasil, 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;20(4):1027-36.
- 16 - Ministério da Saúde (BR) [Ministry of Health], Secretaria de Atenção à Saúde [Department of Health Care], Departamento de Atenção Básica [Department of Primary Health Care], Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar [General Coordination Of Home Care]. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 24 p.
- 17 - Santos JS, Valle DA, Palmier AC, Amaral JHL, Abreu MHNG. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2)515–24.
- 18 - Ministério da Saúde (BR) [Ministry of Health], Secretaria de Atenção à Saúde [Department of Health Care], Departamento de Atenção Básica [Department of Primary Health Care]. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.
- 19 - Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 264 p.
- 20 – Ministério da Saúde (BR) [Ministry of Health], Secretaria de Atenção à Saúde [Department of Health Care], Departamento de Atenção Básica [Department of Primary Health Care]. Sistema de informação da atenção básica. SIAB: indicadores 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p.
- 21 - Ministério da Saúde (BR) [Ministry of Health], Secretaria de Atenção à Saúde [Department of Health Care], Departamento de Atenção Básica [Department of Primary Health Care]. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 106 p.
- 22 - Mendes EV. O dilema da fragmentação ou integração dos serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: Mendes EV, organizador. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001. p. 71-154.
- 23 - Peres EM, Andrade AM, Dal Poz MR, Grande NR. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme – evidences of change in the delivery health care model. *Human Resources for Health*. 2006;4(25):1-8.
- 24 - Silva AE, Sena RR, Braga PP, PA, Dias OV. Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(1):1-7.

- 25 - Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1102-111.
- 26 - Biscione FM, Szuster DAC, Drumond EF, et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(Sup.):S73-S80.
- 27 - Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(Sup.):231-42.
- 28 - Gallassi CV, Ramos DFH, JY Kinjo, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sciences*. 2014;39(3):177-85.
- 29 - Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Reserch investigaci3n*, 2013;17(4):603-10.
- 30 - Sairenji T, Wilson SA, D'amico F, Peterson LE. Training Family Medicine Residents to Perform Home Visits: A CERA Survey. *Journal of Graduate Medical Education*. 2017;9(1):90-96. doi:10.4300/JGME-D-16-00249.1.
- 31 - Sairenji T, Jetty A, Peterson L E. Shifting Patterns of Physician Home Visits. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2016, Vol. 7(2) 71-75.
- 32- Yao N, Rose K, Lebaron V, Camacho F, Boling P. Increasing Role of Nurse Practitioners in House Call Programs. *The American Geriatrics Society*, APRIL 2017, V. 65, N. 4, p. :847-852.
- 33- Stall N, Nowaczynski M, Samir K, Sinha S K. Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *The American Geriatrics Society*, DECEMBER 2014, V. 62, N. 12, p. :2243-2251.
- 34 - Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of Home Visiting by Nurses on Maternal and Child MortalityResults of a 2-Decade Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*.2014;168(9):800-806. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.472
- 35- Lambert L. Collaboration of Home Visiting and Primary Care Clinicians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, April 2016, v. 46, n. 4, p.130-131. ISSN 1538-5442, <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.02.006>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544216000432>)
- 36 - DOU - Diário Oficial da União Nº 190, terça-feira, 3 de outubro de 2017. ISSN 1677-704. <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, código 10402017100300020. Acessado em 20/04/2018.
- 37 - Pham TN, Akhtar S, Jakubovicz D. Housecalls. *Canadian Family Physician*, Jan 2018, 64 (1) 74-76.

38 - Stall N, Nowaczynski M, Sinha S. K. Home-based primary care for older homebound Canadians Part 1: where we are now. *Canadian Family Physician* March 2013, 59 (3) 237-240.

39 - Stall N, Nowaczynski M, Sinha S. K. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians Part 2: where we are going. *Can Fam Physician* 2013;59:243-5.

6 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico foi produzido coletivamente pela turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2016-2018. Foi elaborado um *e-book* abordando temas ligados à Odontologia e Saúde Pública. No caso específico deste estudo, foi desenvolvido um capítulo sobre VD no âmbito do SUS que estará à disposição dos profissionais da APS para consulta. Quando estiver finalizado e publicado, este *e-book* será disponibilizado no site <https://www.odonto.ufmg.br/posgrad/portfolio-item/produtos-tecnicos/>.

O DESAFIO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

INTRODUÇÃO

Mudanças epidemiológicas e demográficas nas populações ampliam os problemas sociais e os desafios para enfrentá-los. As necessidades em saúde mudam à medida que a população envelhece e nos últimos anos, com o aumento da expectativa de vida das pessoas, tem havido no Brasil e no mundo forte interesse para o desenvolvimento de intervenções custo efetivas que apoiem pessoas doentes a viverem em suas próprias casas. Os serviços de saúde não conseguem suprir a alta demanda gerada por essa situação, já que o modelo hegemônico vigente, de cuidado da pessoa adoecida, é hospitalocêntrico e médico centrado. A procura por leitos hospitalares tem provocado disputas, tendo em vista a baixa capacidade dos hospitais em absorver a demanda por leitos de internação. É preciso mudar o direcionamento, assim como a estrutura. É nesse contexto de mudanças que se impõe a necessidade de fortalecer e criar novas formas de cuidar em saúde. A Atenção Domiciliar (AD) surge como proposta de atenção, cujo objetivo é

tentar superar as limitações inerentes ao modelo ainda vigente, de institucionalização da pessoa adoecida (FLORIANI, 2004; BRASIL, 2012a, GALLASSSI *et al.*, 2014, COCHRANE *et al.*, 2016).

Como forma de enfrentar essa dificuldade, destaca-se os sistemas de saúde com cobertura universal por serem os que trazem mais benefícios para as populações. Eles são apontados como mais eficientes, possuem grande potencial de melhorar a saúde da população, principalmente as mais pobres e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde. Muitos países adotaram sistemas de cobertura universal de saúde, fenômeno que começou na Alemanha no início do século XX e mais tarde se espalhou por outras partes da Europa. No Brasil, esse processo foi iniciado em 1986 com o movimento de Reforma Sanitária brasileira (GIOVANELLA, 2014; ABIIRO, 2015; FRENK, 2015; REICH, 2016).

Em 1988, a assistência à saúde no Brasil passou a ser um direito garantido na Constituição. O modelo de saúde vigente segue os princípios da assistência à saúde universal, de forma integral, com participação social e equidade nas ações. Para implementá-lo, o Ministério da Saúde (MS) criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e adotou a Atenção Primária a Saúde (APS) como estratégia de expansão desse modelo por todo o território brasileiro. Dessa forma, foi disponibilizada assistência à saúde gratuita com destaque aos serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PAIM *et al.*, 2011).

A expressiva ampliação da atenção primária e a oferta de cobertura universal trouxeram grandes avanços para o acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, apesar das conquistas, o SUS ainda é um sistema de saúde em desenvolvimento e continuam os desafios para a garantia da cobertura universal, equidade da atenção e reformulação das formas de se produzir saúde. As práticas de atenção à saúde no Brasil ainda são centradas no hospital e o saber médico ainda é predominante (PAIM, 2011; BRASIL, 2012a; DE-CARLI *et al.*, 2015).

Sendo assim, após a expansão das equipes de APS por meio da ESF, a atenção domiciliar ganhou destaque na pauta das políticas públicas de saúde. Em 2011 o MS implementou o Programa Melhor em Casa e reconheceu a potencialidade estratégica da AD como alternativa para alterar a forma de

produzir saúde no Brasil e beneficiar um dos grupos sociais mais excluídos: os dos pacientes com dificuldade de locomoção e que carecem de cuidados domiciliares (BRASIL, 2012a).

ATENÇÃO DOMICILIAR

A expansão da AD tanto no setor privado quanto público é fato recente nos contextos nacional e internacional. Em vários países desenvolvidos, políticas de governo mostram necessidade de reconfigurar prestação de serviços sociais e de saúde para atender os requisitos atuais e futuros das populações. Desde que tenham suporte adequado, pessoas doentes preferem receber cuidados de saúde em sua própria casa e muitos países desenvolvidos têm promovido mudanças em direção à prestação desses serviços como forma de otimizar a eficiência e sustentabilidade dos custos. Na Inglaterra, Austrália, Suécia e Nova Zelândia, por exemplo, serviços de saúde têm focado na prestação de serviços preventivos e individualizados. O objetivo dessa política é oferecer cuidados domiciliares intensivos, que podem ajudar pessoas idosas a recuperar suas habilidades funcionais, maximizar sua independência e atrasar a necessidade de formas mais onerosas de cuidados (COCHRANE, 2016).

Historicamente, a hospitalização das pessoas não levou em consideração a participação da família sobre o cuidado do doente, seu papel nessa relação foi mitigado em detrimento da participação e valorização privilegiada do médico. A abordagem médico-centrada aponta para a institucionalização das pessoas, com tendência à medicalização da vida e do sofrimento. A consequência desse modelo de atenção é a ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde e na utilização dos recursos, levando a custos crescentes, com uma contrapartida decrescente de resultados. (SILVA Jr, 2006; BRASIL, 2012a; GALLASSSI, 2014).

Pensando nisso, a AD é uma modalidade de cuidado em saúde reconhecida pelo seu potencial de evitar hospitalizações desnecessárias e de promover celeridade no processo de alta hospitalar, objetivando a redução de

custos e liberação de leitos. Outra vantagem é que o cuidado continuado no domicílio diminui o risco de infecção hospitalar, amplia a autonomia dos sujeitos e humaniza a assistência. Dessa forma, coexistem duas vertentes possíveis para implantação dessa modalidade: uma financeira que promove uso mais adequado dos recursos, otimizando os custos com internações e outra de inegável ação humanizadora, que altera o modelo de atenção, revalorizando o lar como espaço para produzir novas formas de cuidar em saúde (FLORIANI, 2004; BRASIL, 2012a; GALLASSI *et al.*, 2014).

As particularidades que regem a oferta de serviços na casa das pessoas ditam para uma abordagem de trabalho diferente das comumente realizadas em hospitais e unidades de saúde. As equipes são expostas à realidade social na qual a família está inserida e para fazerem o diagnóstico desse contexto, o processo de trabalho passa a ser reestruturado para o emprego da abordagem multidisciplinar. Essa nova realidade, exige desses profissionais maior capacitação para enfrentamento dos problemas, que passam a envolver relações entre profissionais, pacientes, cuidadores, familiares e ambiente familiar. Por sua vez, a conduta multidisciplinar e o trabalho em equipe permite maior fluidez na comunicação com os outros pontos da rede, promovendo a integralidade das ações e continuidade do cuidado. A pessoa não é vista isoladamente e sua abordagem como um todo garante ações mais integrais e resolutivas (FRANCO *et al.*, 2008, ROCHA, 2013).

Vários países do mundo adotaram a AD como alternativa assistencial em seus serviços de saúde. Nos Estados Unidos, os primeiros relatos dessa experiência são de 1947, quando a AD surgiu como opção para liberar leitos hospitalares. Em 1987, três hospitais de Montreal desenvolveram um projeto piloto para tratamento domiciliar de pacientes com infecções agudas e que careciam de administração parenteral de antibióticos. Na França, as primeiras experiências de cuidados domiciliares para pessoas doentes são de 1957 e na Espanha 1981 (REHEM *et al.*, 2005). No Brasil, o pioneirismo em AD foi desenvolvido pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), em 1949. Em 2001, Mendes relatou que um dos desafios do sistema público de saúde brasileiro seria o de integrar as equipes de saúde da família à AD (MENDES, 2001).

Embora os idosos acamados componham o grupo de maior necessidade de cuidados domiciliares, também há relatos na literatura do emprego desses serviços para todos os ciclos de vida. Na prática, o que ocorre é a seleção de usuários com casos elegíveis para a AD, que são selecionados de acordo com o quadro clínico apresentado. Entre esses incluem-se, por exemplo, casos de pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou com distúrbios psiquiátricos; casos de gestantes de alto risco; crianças (prématuras, com má formações, paralisia cerebral); pacientes com necessidade de tratamento de feridas de decúbito; indivíduos com doenças pulmonares, distúrbios neurológicos graves, distrofias musculares; pessoas com neoplasias e sob cuidados paliativos, dentre outros (REHEM *et al.*, 2005; SILVA, 2010; BRASIL 2012a; MBUAGBAW *et al.*, 2015, TANUSEPUTRO *et al.*, 2018).

Muitos termos têm sido utilizados como forma de definir e classificar as diferentes ações de cuidado no domicílio e embora as definições apresentem diferenças entre si, suas ações se relacionam, são complementares e interdependentes. As modalidades da AD adotadas por este livro estão de acordo com a sua finalidade, objetivos e atividades específicas, como pode ser visto a seguir (ANVISA, 2006; LACERDA, 2006; GALLASSI *et al.*, 2014):

- a) atendimento domiciliar, assistência domiciliar ou cuidado domiciliar: envolve a execução de qualquer ação de saúde realizada por profissionais no domicílio das pessoas (LACERDA, 2006). Segundo Rocha (2013), os atendimentos domiciliares constituem-se por um conjunto de ações educativas ou de intervenção, sejam elas de baixa, média ou alta complexidade, realizadas no domicílio, voltadas para atuar no processo saúde-doença de indivíduos vulneráveis.
- b) internação domiciliar: é uma atividade mais intensiva e complexa direcionada a pacientes doentes que requerem cuidados continuados. É a modalidade mais específica, atende aos objetivos terapêuticos e de reabilitação em um nível maior de complexidade tecnológica e de recursos humanos semelhante aos encontrados em um hospital (LACERDA, 2006; GALLASSI *et al.*, 2014);
- c) visita domiciliar: Tem um caráter mais pontual de contato do profissional da saúde para identificar riscos e demandas da saúde do paciente, da família e do domicílio. Realiza coleta de informações para conhecer a

realidade dos indivíduos assistidos, para posteriormente aplicar abordagens assistenciais focadas na prevenção de doenças, promoção à saúde com o objetivo de promover a autonomia e independência do paciente para o autocuidado. Na prática, pode haver sobreposição entre VD e AD (LACERDA, 2006; GALLASSI *et al.*, 2014).

- d) AD: é a definição mais abrangente, engloba as demais definições e contempla todos os seus objetivos simultaneamente. Envolve ações individuais desenvolvidas no domicílio como as de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, como também, ações macroestruturais: de políticas de saúde, saneamento, habitação, dentre outras (BRASIL, 2006; LACERDA, 2006).

Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu resolução técnica que regulamentou o funcionamento dos serviços públicos ou privados que prestam AD nas modalidades de Assistência e/ou Internação Domiciliar (ANVISA, 2006). Cinco anos depois, em 2011, o MS avançou ainda mais no campo da AD ao redefini-la como nova modalidade de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar às modalidades já existentes. Nessa portaria o MS estabelece que a AD garante a continuidade de cuidados e integra as redes de atenção à saúde, além de reconhecer o cuidado domiciliar desempenhado pelas equipes de APS no território, como o primeiro nível da AD (BRASIL, 2011). Dessa forma, o documento definiu melhor as atribuições das equipes e sinalizou uma necessidade de complementaridade e continuidade do cuidado entre as equipes de APS e entre as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

A AD envolve ações que são realizadas por diferentes profissionais da saúde, os quais compõem as equipes de APS e as do SAD, que é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial (BRASIL, 2012a).

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) são operacionalizadas e gerenciadas pelo SAD. Essas equipes têm função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio (BRASIL, 2012a).

De acordo com os parâmetros instituídos pelo MS, a EMAD deve realizar visitas em domicílio no mínimo uma vez por semana e pode ter a seguinte composição mínima: médico; enfermeiro; fisioterapeuta e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já a EMAP possui composição mínima de três profissionais de nível superior, podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. As EMAP devem realizar visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD (BRASIL, 2013).

Levando em consideração a complexidade, frequência de atendimento necessário e as características do quadro de saúde do usuário, a AD é organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

É de responsabilidade das equipes de atenção básica o apoio e acompanhamento de cuidados prestados aos usuários pela EMAD (AD2 e AD3). De acordo com Savassi (2016), APS e os SAD passaram a ser vistos como elementos integrados de cuidados, antes da implementação dessa política esses serviços eram vistos como modalidades concorrentes e não integradas. As EMAD, portanto, não substituem as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) no domicílio, pelo contrário, elas complementam suas ações ampliando a capacidade de resposta. Isso representa a valorização da APS como modalidade estratégica para o cuidado

do usuário em AD, visto que ela é a responsável pela maior parte dos cuidados em AD no Brasil.

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Como forma de orientar e organizar o planejamento das equipes de Saúde Bucal (eSB) na aplicação das ações de AD nos territórios, segue abaixo roteiro, adaptado de Braunas (2016), com o passo-a-passo para realização de VD nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os usuários eleitos para AD foram classificados segundo o grau de dependência para realização das atividades de vida diária (AVD) (QUADRO 2). A Cruz Vermelha Espanhola (GONZALEZ *et al.*, 1991) classificou esses indivíduos em uma escala funcional numérica que vai do grau zero ao cinco, conforme adotado por esse roteiro.

- a) Passo 1 – reunião com eSF: as eSB devem participar de reuniões periódicas com a eSF e identificar quem são e onde moram os usuários como possível indicação de AD que seriam as pessoas restritas ao domicílio, sobre situação de disfuncionalidade ou de vulnerabilidade familiar (SAVASSI, 2016) o ator principal para fornecimento dessas informações é o Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- b) Passo 2 – identificação dos usuários: a eSB deve registrar as informações referentes à identificação dos usuários, com destaque para o local onde vivem e o grau de limitação/dependência que apresentam (cadeirante, andador, bengala, acamado estrito, obeso, deficiente visual, dentre outros) e possíveis comorbidades associadas (alterações sistêmicas, cuidados paliativos) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Planilha de identificação dos usuários

PACIENTES COM LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO				
NOME	IDADE	ACS	ENDEREÇO	TIPO LIMITAÇÃO E COMORBIDADES

Fonte: elaborado pelo autor.

c) Passo 3 – Classificação dos usuários em AD: após a identificação dos usuários, é preciso classificá-los segundo o grau de dependência para realização das atividades de vida diária (AVD) (GONZALEZ *et al.*, 1991) (QUADRO 2).

- Grau 0: vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- Grau 1: realiza bem as AVD. Apresenta algumas dificuldades de locomoção.
- Grau 2: apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessita de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- Grau 3: apresenta graves dificuldades nas AVD, necessita de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- Grau 4: impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extrema dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- Grau 5: imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Quadro 2 – Classificação dos usuários em AD segundo escala de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola (GONZALEZ *et al.*, 1991)

CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS EM AD						
USUÁRIO	GRAU 0	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4	GRAU 5

Fonte: elaborado pelo autor a partir da classificação de GONZALEZ *et al.*, 1991

O preenchimento desse quadro ajuda a identificar os indivíduos de acordo com grau de limitação funcional: os acamados estritos ao leito e totalmente dependentes, daqueles com certa autonomia nas atividades de vida diária e locomoção. Com isso, é possível identificar os casos prioritários para planejamento das visitas e direcionamento das intervenções.

A eleição dos usuários prioritários para o atendimento domiciliar em eSB deve considerar o grau de comprometimento funcional que apresentam. Tendo em vista a otimização dos serviços e equidade das ações, os usuários classificados nos graus 3, 4 e 5 devem ser eleitos para as ações em AD pela eSB. Braúnas (2016) destacou a importância da avaliação conjunta da eSB com a eSF e NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família) para ampliar o conhecimento sobre situação clínica e social do usuário, bem como os recursos necessários (humanos e físicos) para operacionalizar a VD.

- d) Passo 4 – Primeiro contato com o usuário em AD, avaliação das condições de saúde bucal: o Quadro 3 permite à eSB registrar informações importantes do usuário a respeito da sua condição de saúde bucal, estado geral de saúde e situação socioeconômica. Pensando no trabalho em equipe e na otimização dos recursos, o Técnico em Saúde Bucal é o profissional indicado para essa atividade.

Quadro 3 – Ficha de identificação de necessidade em saúde bucal percebidas durante a VD pelo profissional TSB.

VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL	
USUÁRIO:	
CUIDADOR:	
NECESSIDADE EM SAÚDE BUCAL	
LESÃO DE MUCOSA	
USO/NECESSIDADE DE PRÓTESE:	Superior:
	Inferior:
CONSEGUE VIR A UBS?	
COMORBIDADES (tipo de deficiência física, diabético, hipertenso, Alzheimer, Parkson, cadeirante, andador, vai sozinho ao banheiro, alimenta-se sozinho)	

Fonte: elaborado pelo autor

Após a identificação das necessidades em saúde bucal pelo profissional TSB, o cirurgião-dentista planeja e realiza a VD para executar as intervenções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado por DE-CARLI *et al.* (2015), entende-se que mudanças no modelo de atenção em saúde não serão alcançadas apenas pela ampliação do número de unidades de saúde. É preciso mais do que isso, essa transformação passa por mudanças concretas na gestão dos serviços, na participação social, no processo de trabalho e formação dos profissionais. A

AD possui grande potencial de transformação das práticas em saúde e a APS é responsável pela maioria dos cuidados em AD no Brasil. Dessa forma, a efetivação da PNAD requer o comprometimento das equipes de APS na realização desse trabalho no dia-a-dia dos territórios.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu que a visita domiciliar é um serviço assistencial à saúde de responsabilidade de todos os profissionais de APS (BRASIL, 2012b). Porém, o protagonismo dos enfermeiros nas VD possui destaque na literatura (KERBER *et al.*, 2008; THUMÉ *et al.*, 2010), principalmente ao confrontar sua produção com o baixo desempenho de outras categorias profissionais, especialmente as eSB (DECARLI *et al.*, 2015). Isso reflete a desvalorização do papel das eSB frente à realização das VD nos serviços de saúde, tanto públicos (THUMÉ *et al.*, 2010) quanto privados (BISCIONE *et al.*, 2013). Essa tendência se confirma inclusive pela exclusão do cirurgião-dentista como profissional da equipe multiprofissional em AD nos estudos (THUMÉ *et al.*, 2010; BISCIONE *et al.*, 2013). Esse cenário contrapõe aquele preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012b), pois é sabido que a atenção integral no cuidado domiciliar necessita incluir a eSB, que deverá estar empenhada em trabalhar de forma multidisciplinar, com a finalidade de intervir e orientar familiares e cuidadores a oferecerem ações preventivas e de mínima intervenção (SAVASSI, 2016; REHEM *et al.*, 2005).

A menor participação desses profissionais nas VD talvez seja devido à ausência desses profissionais nas equipes de APS, uma vez que a equipe mínima da AD na APS é composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (GALLASSI *et al.*, 2014). Diante da escassez de recursos, os serviços podem estar optando por manter apenas as equipes mínimas nos serviços de AD. Com essa baixa participação de outros profissionais, pode haver excesso de demanda das equipes de APS, o que causa contingenciamento e compromete as ações em AD, principalmente nas grandes cidades (GALLASSI *et al.*, 2014; BRITO *et al.*, 2013).

A falta de instrumento para registro e acompanhamento das VD realizadas pelos profissionais também é outro fator que pode interferir na quantidade de visitas computadas pelas equipes (ANDRADE *et al.*, 2014). Cabe lembrar, no entanto, que não há normativa entre os profissionais para

realização sistemática de VD, apenas propostas isoladas decorrentes de relatos e experiências dos serviços (GALLASSI *et al.*, 2014).

Dessa forma, acredita-se que o roteiro ora proposto possa subsidiar as ações de AD das eSB da APS e assim haver uma transformação do cenário atual, de baixa participação dos profissionais da saúde bucal no cuidado domiciliar. Isso irá garantir a efetivação das políticas de saúde, PNAD e PNAB, de modo a oferecer aos cidadãos brasileiros uma atenção integral e equânime, respeitando os princípios doutrinários do SUS. É esse o compromisso de serviços de saúde qualificados, que devem ser construídos a partir da evolução constante dos conhecimentos em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ABIRO, G. A.; DE ALLEGRI, M. *Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates*. **BMC International Health and Human Rights**, v.15, p.17, 2015. DOI 10.1186/s12914-015-0056-9
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. *Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar*. Brasília-DF, Diário Oficial da união, 27 jan. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf>. Acesso em: 01 Set. 2016.
- ANDRADE, A.M.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; COSTA, D.M.; MACHADO, L.C.; GOIS, C.F.L. *Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.165-75, jan.- mar. 2014.
- BISCIONE, F.M.; SZUSTER, D.A.C.; DRUMOND, E.F.; *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, n. Sup., p. S73-S80, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política nacional de saúde bucal no brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.527/2011, de 27 de outubro de 2011*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 10 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar: caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. 2 v.: II.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 963/2013, de 27 de Maio de 2013*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 7 p.

BRAUNAS, A.P.V.S. *et al. Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal*. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, 2015

BRITO, M.J.M.; ANDRADE, A. M.; CAÇADOR, B. S.; FREITAS, L. F. C.; PENNA, C. M. M. *Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade*. **Reserch investigación**, , v.17, n. 4, p. 603-10, 2013.

COCHRANE, A., FURLONG, M., MCGILLOWAY, S., MOLLOY, D.W., STEVENSON, M., DONNELLY, M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 10, p. 1-60, 2016.

DE-CARLI, A. D.; SANTOS, M. L. M.; SOUZA, A. S.; KODJAOGLANIAN, V. L.; BATISTON, A. P. *Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal*. **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.441-450, Abr/Jun. 2015.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. *Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, Jul/Ago, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1511-1520, 2008.

FRENK, J. *Universal health coverage in Latin America 4 leading the way towards universal health coverage:a call to action*. **Lancet**, Cambridge, MA, v. 385, p. 1352–58, 2015.

GALLASSI, C.V.; RAMOS, D. F .H.; KINJO, J. Y.; SOUTO, B. G. A. *Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional*. **ABCS Health Sci**, v. 39, n. 3, p.177-185, 2014.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C. *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica*. In: GIOVANELLA, L., LOBATO, L.V.C, NORONHA, J. C, 2014.

GONZÁLEZ, J. I. *et al. Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola*. **Rev Esp Geriat Geront**, v. 26, p. 197-202, 1991.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. *Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. *Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p.88-95, 2006.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>

MENDES, E.V. *O dilema da fragmentação ou integração dos serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde*. In: MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II, **Editora Casa da Qualidade**, Salvador, p. 71-154, 2001.

MBUAGBAW, L.; MEDLEY, N.; DARZI, A. J.; RICHARDSON, M.; HABIBA GARGA, K.; ONGOLO-ZOGO, P. *Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 12. Art. No.: CD010994, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010994.pub2.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. **Lancet**, Cambridge, MA, séries: saúde no Brasil, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. *Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.(Sup.), p. 231-42, 2005.

REICH, M. R.; HARRIS, J.; IKEGAMI, N.; MAEDA, A.; CASHIN, C.; ARAUJO, E.C.; TAKEMI, K.; EVANS, T.G. *Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies*. **Lancet**, Cambridge, MA, v. 387, p. 811-16, 2016.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. *Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura*. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.181-189, 2013.

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**, Rio de Janeiro, v.11, n. 38, p. 0-00, Jan Dez, 2016.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2006.

SILVA, K. L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWEKER, L.C.M.; MERHY, E. E. *Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

TANUSEPUTRO, P.; BEACH, S.; CHALIFOUX, M.; WODCHIS, W.P.; HSU, A.T.; SEOW, H.; *et al.* *Associations between physician home visits for the dying and place of death: a population-based retrospective cohort study*. **PLoS ONE**, San Francisco, v.13, n. 2, p.1-14, 2018. DOI:10.1371/journal.pone.0191322

THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L. A. S. *Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado*. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 6, p.1102-1111, 2010.

7 PRODUÇÃO INTELECTUAL NO PERÍODO (2016-2018)

7.1 Apresentação de trabalho em eventos

DINIZ, L. M.; CHALUB, Loliza Luiz Figueiredo Houri; FERREIRA, R. C.; VARGAS, A. M. D. DENTIÇÃO FUNCIONAL EM ADULTOS BRASILEIROS: INVESTIGAÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE POR MEIO DE UMA ABORDAGEM MULTINÍVEL, 2016. (Apresentação de Trabalho) Local: Faculdade de Odontologia da UFMG; Cidade: Belo Horizonte; Evento: XIII ENCONTRO CIENTÍFICO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA - UFMG; Inst. promotora: Centro de Extensão da Faculdade de Odontologia da UFMG

7.2 Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

DINIZ, L. M.; CHALUB, Loliza Luiz Figueiredo Houri; FERREIRA, RAQUEL CONCEIÇÃO; VARGAS, Andréa Maria Duarte. DENTIÇÃO FUNCIONAL EM ADULTOS BRASILEIROS: INVESTIGAÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE POR MEIO DE UMA ABORDAGEM MULTINÍVEL In: XIII ENCONTRO CIENTÍFICO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA - UFMG, 2016, Belo Horizonte. Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2016. v.52. p.20 - 20

7.3 Resumo aceito para apresentação em eventos

- a) Diniz, Leandro Martins; Rhodes, Gabriela Aparecida Caldeira; Abreu, Mauro Henrique Nogueira; Borges-Oliveira, Ana Cristina; Chalub, Loliza Luiz Figueiredo Houri. Atenção Domiciliar Desempenhada pelas Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família: comparação

entre as macrorregiões de Minas Gerais. ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 26 a 29 julho de 2018.

- b) Rhodes, GAC; Diniz LM; Abreu, MHN; Borges-Oliveira, AC; Chalub, LLFH. ATENÇÃO DOMICILIAR DESEMPENHADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMPARAÇÃO DAS VISITAS ENTRE CATEGORIAS PROFISSIONAIS. Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO). 35ª Reunião Anual da SBPqO, Campinas, 02 a 05 de setembro de 2018.

7.4 Artigo completo submetido em periódico

Diniz, Leandro Martins; Rhodes, Gabriela Aparecida Caldeira; Abreu, Mauro Henrique Nogueira; Borges-Oliveira, Ana Cristina; Chalub, Loliza Luiz Figueiredo Houry. Visitas Domiciliares na Atenção Primária: distribuição por categorias profissionais e macrorregiões de um estado brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Submetido em 26 de maio de 2018.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu interesse sobre o tema da Atenção Domiciliar iniciou após capacitação ministrada aos dentistas pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sobre o recém-elaborado Protocolo de VD em Saúde Bucal (BRAUNAS, 2016).

Nessa época, voltei motivado à Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual trabalho, com o objetivo de colocar em prática as orientações desse protocolo. Na verdade, eu mal sabia, nascia o interesse para a pesquisa. Nessa época, amparado pela novidade em AD, fui dominado por uma inquietação, estava insatisfeito em desenvolver apenas o trabalho assistencial, algo me movia a voltar a estudar. O Brasil vivia um momento histórico, estávamos no auge da crise política que levou ao impeachment de Dilma Rousseff, as notícias não paravam de chegar e tomavam conta do dia-a-dia das pessoas. Percebi que precisava crescer profissionalmente e foi após um reencontro inesperado com a Profa. Mara Vasconcelos que surgiu o convite, durante um congresso em Belo Horizonte, para participar da seleção do Mestrado Profissional.

A ideia inicial de desenvolver a pesquisa utilizando as informações coletadas no território, conforme critérios do Protocolo de VD em Saúde Bucal, não foi adiante, pela incompatibilidade do tempo de coleta, em relação à duração do Mestrado. Minha orientadora, Profa. Loliza, mostrou que poderíamos desenvolver esse estudo para além da área de abrangência da UBS em que trabalho. Começamos a pensar na AD em uma dimensão maior e a pesquisa ampliou-se para os 853 municípios que compõem o estado de Minas Gerais. A manutenção do tema de pesquisa me motivou ainda mais a estudar, já que no começo de tudo, foi o interesse pela AD que me trouxe até aqui...

A impressão que tive ao estudar a AD foi a de que ela consolida muitos dos conhecimentos que possuía sobre o SUS. Ela é reconhecida como modalidade de assistência a saúde com potencial de complementar ou substituir as limitações das práticas de institucionalização da pessoa adoecida. Seus princípios fundem-se aos do SUS ao proporcionar assistência à saúde pautada na integralidade das ações, humanização do cuidado, trabalho em

equipe, com garantia à equidade. Diante das dificuldades dos usuários para conseguirem acesso aos serviços assistenciais, as equipes de APS, o território e os sistemas universais de saúde formam a tríade necessária para o enfrentamento do desafio de ampliação da oferta e expansão da AD no Brasil.

De acordo com o nosso melhor conhecimento, não há na literatura estudos que tenham feito essa comparação entre a produção dos profissionais em AD e o território. Sendo assim, este estudo inovou por apresentar o perfil das VD realizadas pelas equipes de APS no estado de MG. Os resultados encontrados permitem melhor compreensão sobre o panorama das ações de AD em MG, no que diz respeito ao perfil dos profissionais que a realizam e dos territórios onde acontecem.

Acredita-se que o produto técnico elaborado também irá contribuir na conscientização dos profissionais das equipes de APS, principalmente as eSB, sobre a importância de inserir a AD como prática rotineira dos seus serviços.

REFERÊNCIAS

- ABIIRO, G. A.; DE ALLEGRI, M. *Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates*. **BMC International Health and Human Rights**, v.15, p.17, 2015. DOI 10.1186/s12914-015-0056-9
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. *Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar*. Brasília-DF, Diário Oficial da união, 27 jan. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf>. Acesso em: 01 Set. 2016.
- ANDRADE, A.M. *et.al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.165-75, jan.- mar. 2014.
- 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, n. Sup., p. S73-S80, 2013.
- BRAUNAS, A.P.V.S. *et. al. Protocolo de Visita Domiciliar em Saúde Bucal*. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política nacional de saúde bucal no brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c. 24 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar: caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. 2 v.: II.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SBBrasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.527/2011, de 27 de outubro de 2011*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 825/2016, de 25 de Abril de 2016*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 17 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 963/2013, de 27 de Maio de 2013*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 7 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Sistema de informação da atenção básica. SIAB: indicadores 2002*. Ministério da Saúde, Brasília, 48 p. 2003.

BRITO, M.J.M. *et. al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade*. **Reserch investigación**, , v.17, n. 4, p. 603-10, 2013.

BURSTRÖM, B. *et. al. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden*. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 91, p. 1-8, 2017.

CALDAS JR, A. F; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: introdução ao estudo**. Recife: Ed. Universitária, 2013.

CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª.ed. rev. e ampl. Fiocruz, Rio de Janeiro, Cap. 3, p. 89-120, 2014.

COCHRANE, A. *et. al.* *Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults.* **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 10, p. 1-60, 2016.

DE-CARLI, A. D. *et. al.* *Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal.* **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.441-450, Abr/Jun. 2015.

DOU - *Diário Oficial da União Nº 190*, terça-feira, 3 de outubro de 2017. ISSN 1677-704. <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, código 10402017100300020. Acessado em 20/04/2018.

FEUERWERKER L. C. M.; MERHY, E. E. *A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.* **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 24, n. 3, p.180-88, 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. *Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução.* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, Jul/Ago, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva.* **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1511-1520, 2008.

FRENK, J. *Universal health coverage in Latin America 4 leading the way towards universal health coverage:a call to action.* **Lancet**, Cambridge, MA, v. 385, p. 1352–58, 2015.

GALLASSI, C.V. *et. al.* *Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional.* **ABCS Health Sci**, v. 39, n. 3, p.177-185, 2014.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C. *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica.* In: GIOVANELLA, L., LOBATO, L.V.C, NORONHA, J. C, 2014.

GONZÁLEZ, J. I. *et al.* *Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.* **Rev Esp Geriat Geront**, v. 26, p. 197-202, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades. Censo Demográfico 2010.* Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais

_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf />. Acesso em 02/09/2016.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. *Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008.

LACERDA, M. R. *et. al* .*Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p.88-95, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>

LAMBERT, L. *Collaboration of Home Visiting and Primary Care Clinicians. Current Problems. Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 46, n. 4, p.130-131, 2016. ISSN 1538-5442, <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.02.006>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544216000432>)

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARMOT, M. *et al* . *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. **The Marmot Review**, London, Feb. 242 p., 2010.

MBUAGBAW, L. *et. al* . *Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes*. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 12. Art. No.: CD010994, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010994.pub2.

MENDES, E.V. **O dilema da fragmentação ou integração dos serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde**. In: MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II, Editora Casa da Qualidade, Salvador, p. 71-154, 2001.

MIHIC, M.M. *et. al* . *Can we do better? Economic analysis of human resource investment to improve home care service for the elderly in Serbia*. **Clinical Interventions in Aging**, Dovepress, n.11,p. 85–96, 2016.

MOTA, J.C. *et. al. Estudo da carga de doença das condições orais em Minas Gerais, Brasil, 2004-2006. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2167–2178, 2014.

NARVAI, P.C. *Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, nº esp, p.141-1477, 2006.

NORONHA, J.C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e ampl. Fiocruz*, Rio de Janeiro, Cap. 3, p.89-120, 2014.

OLDS, DL. *et. al. Effect of Home Visiting by Nurses on Maternal and Child Mortality Results of a 2-Decade Follow-up of a Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr*, v.168, n. 9, p. 800–806, 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.472

OLIVEIRA, A.F; LEITE, I.C; VALENTE, J. G. *Carga Global das doenças diarreicas atribuíveis ao sistema de abastecimento de água e saneamento em Minas Gerais, Brasil, 2005. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1027-36, 2014.

PAIM, J. *et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet*, Cambridge, MA, séries: saúde no Brasil, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

PHAM, TN.; AKHTAR, S.; JAKUBOVICZ, D. *Housecalls. Canadian Family Physician*, v. 64, n.1, p. 74-76, Jan 2018.

PERES, E.M. *et. al. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme – evidences of change in the delivery health care model. Human Resources for Health*, v. 4, n. 25, p.1-8, 2006.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. *Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.(Sup.), p. 231–42, 2005.

REICH, M. R. *et. al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. Lancet*, Cambridge, MA, v. 387, p. 811–16, 2016.

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. *Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de*

literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.181-189, 2013.

SAIRENJI, T.; JETTY, A.; PETERSON, L. E. *Shifting Patterns of Physician Home Visits*. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 7, n.2, p. 71–75, 2016.

SAIRENJI, T. *et. al*. *Training Family Medicine Residents to Perform Home Visits: A CERA Survey*. **Journal of Graduate Medical Education**, v.9, n.1, p. 90-96, 2017. doi:10.4300/JGME-D-16-00249.1.

SANTOS, A. M. *et. al*. *Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.464-70, 2008.

SANTOS, J. S. *et. al*. *Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 515–24, 2015.

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**, Rio de Janeiro, v.11, n. 38, p. 0-00, Jan Dez, 2016.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2. ed. **Hucitec**, São Paulo, 2006.

SILVA, A.E. *et. al*. *Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais*. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 1, p.1-7, Jan - Mar 2017.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. In: MÁRCIA, V.G. C.; MOROSINI; ANAMARIA, D.; ANDREA, C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, p 27-41, 2007. ISBN: 978-85-98768-24-3

SILVA, K. L. *et. al*. *Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVEIRA NETO, N.; LUFT, L. R.; TRENTIN, M. S.; SILVA, S. O. *Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura*. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 48-56, jan./jun. 2007.

STALL, N. *et. al.* *Home-based primary care for older homebound Canadians*. *Canadian Family Physician*, V. 59, n.3, pag. 237-240, Mar, 2013.

STALL, N. *et. al.* *Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults*. **The American Geriatrics Society**, v. 62, n. 12, p. 2243–2251, 2014.

TANUSEPUTRO, P. *et. al.* *Associations between physician home visits for the dying and place of death: a population-based retrospective cohort study*. **PLoS ONE**, San Francisco, v.13, n. 2, p.1-14, 2018.
DOI:10.1371/journal.pone.0191322

TAVARES, L.S. *et al.* *Diferenciais da carga de doença das condições maternas entre mulheres de 15 a 44 anos no Estado de Minas Gerais, 2004-2006*. **R. bras. Est. Pop.**, v. 30, n. Sup., p. S119-S134, 2013.

THUMÉ, E. *et. al.* *Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado*. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 6, p.1102-111, 2010.

TOTTEN, A.M. *et al.* *Home-Based Primary Care Interventions*. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00014-I.) **AHRQ Publication** N. 15(16)-EHC036-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2016.
www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

YAO, N. *et. al.* *Increasing Role of Nurse Practitioners in House Call Programs*. **The American Geriatrics Society**, v. 65, n. 4, p. 847–852, 2017.

ANEXO A – Confirmação de submissão do artigo intitulado “Visitas Domiciliares na Atenção Primária: distribuição por categorias profissionais e macrorregiões de um estado brasileiro” na Revista Panamericana de Salud Pública



Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health
Manuscript ID	2018-00620
Title	Visitas Domiciliares na Atenção Primária: distribuição por categorias profissionais e macrorregiões de um estado brasileiro
Authors	Diniz, Leandro Rhodes, Gabriela Abreu, Mauro Henrique Borges-Oliveira, Ana Cristina Chalub, Loliza
Date Submitted	26-May-2018

[Author Dashboard](#)

ANEXO B - INSTRUÇÕES aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos da Revista Panamericana de Salud Pública

- 1. INFORMAÇÃO GERAL** 1.1 Objetivos e público-alvo 1.2 Conteúdo
 1.2.1 Artigos de pesquisa original 1.2.2 Revisões 1.2.3 Relatórios especiais
 1.2.4 Opinião e análise 1.2.5 Comunicações breves 1.2.6 Temas atuais
 1.2.7 Cartas ao editor
 1.3 Idioma 1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa 1.5 Ética 1.6 Conflito de interesses 1.7 Direitos autorais 1.8 Processo de revisão por pares 1.9 Disseminação
2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS
 2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos 2.2 Especificações para os manuscritos 2.3 Requisitos para formatação 2.4 Título 2.5 Autoria 2.6 Página de resumo e palavras-chave 2.7 Corpo do artigo 2.8 Tabelas e figuras 2.9 Apresentação do manuscrito 2.10 Correção do manuscrito

1 INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e leitores

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica mensal de acesso gratuito, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América.

Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPSP/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPSP/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

1.1.2 Conteúdo

A RPSP/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

1.2.1 Artigos de pesquisa original

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

1.2.2 Revisões

Revisões sistemáticas de prioridades e intervenções relevantes em saúde pública também serão consideradas.

1.2.3 Relatos especiais

Estes são relatos sobre pesquisa, estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

1.2.4 Opinião e análise

Documentos de opiniões oficiais, reflexões e análises podem ser apresentados nos temas de interesse para o campo da saúde pública.

1.2.5 Comunicações breves

As comunicações breves descrevem técnicas ou metodologias inovadoras ou promissoras, ou detalham os resultados preliminares de pesquisa sobre temas de especial interesse para a saúde pública.

1.2.6 Temas atuais

Estes incluem análise de iniciativas, intervenções em saúde e/ou tendências epidemiológicas atuais, tanto nacionais quanto regionais, relacionadas a doenças e aos principais problemas de saúde nas Américas.

1.2.7 Cartas ao editor

Esclarecimentos, pontos de discussão, ou outras observações sobre o conteúdo apresentado na RPSP/PAJPH são bem-vindos. Cartas com comentários sobre temas específicos em saúde pública também serão consideradas.

1.3 Idioma

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. **Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna.** O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no Centro de Recursos da Rede EQUATOR. A Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica. Além disso, na Seção de Recursos para Autores da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

Com base nas recomendações da OMS e do ICMJE, a RPSP/PAJPH exige que os ensaios clínicos sejam inscritos em um registro público de ensaios como condição para ser considerados para publicação. O número inscrição do ensaio clínico deve ser publicado ao final do resumo com um link ao registro correspondente. A RPSP/PAJPH não estipula uma base de registro em particular, mas recomenda aos autores que inscrevam os ensaios clínicos em um dos registros certificados pela OMS e pelo ICMJE, disponíveis na Plataforma de Registro de Ensaios Clínicos Internacional.

1.5 Ética

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela Declaração de Helsinque, 2013 (Espanhol) e las International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

1.6 Conflito de interesses

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;
2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

1.7 Direitos autorais

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

Os artigos da Revista são de acesso aberto e são distribuídos sob os termos da Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS.

1.8 Processo de avaliação por pares

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

1.9 Disseminação

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no website da Revista. Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas relevantes. Os usuários podem se registrar no website da Revista para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da conta de Twitter da Revista.

2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de

qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

2.2 Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

2.3 Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção

	Número máximo de palavras ¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras ²
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹ Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

² Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

2.4 Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

2.5 Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

- (1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
- (2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada; E
- (4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade

de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa. Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, MeSH (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado "Introdução", visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória. As seções "Resultados e Discussão" podem requerer subtítulos. No caso das "Conclusões", as quais devem estar incluídas ao final da seção "Discussão", também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo. Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da

página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em *Citing Medicine*, segunda edição e neste link.

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):80-4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

"Observou-se (3, 4) que..."

ou:

"Vários estudos (1-5) mostraram que..."

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na Base de Dados de Revistas, criada e atualizada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos.

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.). Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir "chamadas" — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para incluí-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação. Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o Sistema Internacional de Unidades (SI), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma calculadora para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

2.9 Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do sistema online de gestão de manuscritos da Revista.

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de apresentação que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

2.10 Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF

