

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM MONTES CLAROS-MG, BRASIL

Hospitalizations sensitive to home care in a teaching hospital in Montes Claros-MG, Brazil

Patrícia Alves Paiva¹

Fernanda Marques da Costa²

Maria Aparecida Vieira³

Sira Samayka de Souza Silva⁴

Orlene Veloso Dias⁵

Resumo: Objetivo: Constatar presença de internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em Montes Claros, Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 45 usuários à beira do leito no período entre abril e julho de 2014. O formulário, para avaliação e classificação da elegibilidade, para atenção domiciliar, descreve a complexidade assistencial, classificando o usuário em uma modalidade de cuidado nos seguintes níveis: atenção domiciliar 1, atenção domiciliar 2 e atenção domiciliar 3. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, parecer nº 473.501/2013. **Resultados:** Observou-se que 53,4% dos participantes eram do sexo feminino, 37,8% tinham 60 anos ou mais. Dos 45 participantes, 68,9% residiam em Montes Claros e 84,5% não possuíam plano de saúde. Quanto ao período de internação, 15 usuários permaneceram hospitalizados entre 8 a 14 dias, dos quais 80,0% são de Montes Claros. Entre os 45 participantes do estudo, sete usuários, 15,5% foram classificados para atenção domiciliar, sendo 8,9% a cargo da atenção domiciliar 1, 4,4% da atenção domiciliar 2 e 2,2% da atenção domiciliar 3. **Conclusão:** Dos 45 leitos ocupados, sete leitos poderiam ser aproveitados por usuários em estado agudo e/ou crítico, com necessidades de maior quantidade de procedimentos e tecnologias. Os sete usuários elegíveis para atenção domiciliar poderiam ter a continuidade do tratamento no lar, com segurança, ao lado de seus familiares.

Palavras-chave: Internação hospitalar. Serviços de assistência domiciliar. Padrão de cuidado.

1 Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

2 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

3 Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

4 Acadêmica. Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

5 Enfermeira. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Abstract: Objective: Note the presence of hospitalizations sensitive home care in a teaching hospital in Montes Claros, Minas Gerais. **Methodology:** quantitative, descriptive and cross-sectional study, conducted with 45 users at the bedside between April and July 2014. The form for evaluation and eligibility rating for home care describes the care complexity classifying the user in a care model, home care levels 1, 2 home care and home care 3. Data were collected after approval by the Ethics Committee for Research Involving Human Beings, opinion No. 473,501 / 2013. **Results:** It was observed that 53.4% of participants were female, 37.8% were 60 years or older. Of the 45 participants, 68.9% lived in Montes Claros and 84.5% had no health insurance. As for the hospital stay 15 users remained hospitalized between 8-14 days, of which 80.0% are of Montes Claros. Among the 45 study participants, seven users, 15.5% of participants were classified for home care, and 8.9% in charge of home care 1, 4.4% of home care 2 and 2.2% of home care 3. **Conclusion:** Of the 45 occupied beds, seven beds could be availed by users in acute and / or critical condition, in need of greater number of procedures and technologies. The seven members eligible for home care could have continuity of care in the home, safely, along with their families.

Keywords: Hospitalization. Home care services. Standard of care.

INTRODUÇÃO

É crescente o movimento na busca por respostas aos altos custos sociais com atenção hospitalar e indicadores de qualidade de saúde das populações. São explícitas as disparidades entre os gastos da atenção terciária comparados aos da atenção primária e secundária. A elevação dos custos com atenção hospitalar se dá pelas altas taxas de internações e o crescente uso de alta tecnologia, haja vista que, ainda, predomina no Brasil o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.¹

Frente a esse panorama, Mendes² afirma que é preciso construir, na prática, os papéis do hospital, que é ter seu cuidado voltado aos usuários, em situações agudas e intensivas. Desta forma, fazem-se necessários novos espaços e processos de trabalho, que permitam inovar formas de atuação, a exemplificar: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, tudo isso acrescentado aos saberes das famílias e comunidades assistidas.

Feuerwerker e Merhy³ apontam o domicílio como novo espaço para prestação do cuidado, ao favorecer ao cuidador e usuário maior identificação e proximidade entre os envolvidos para além do cuidado meramente hospitalar. O domicílio passa, então, a permitir ampla oferta de opções na produção e condução do cuidado, propiciando maior autonomia ao usuário sujeito do processo e menos objeto de intervenção.⁴

A atenção domiciliar (AD) foi instaurada pela Portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, e logo substituída pela Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefiniu a AD, após processo de negociação e pactuação tripartite

entre Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, respectivamente. Logo após, surgiu a Portaria 1.533, de 16 de julho de 2012 e a Portaria 963 de 27 de maio de 2013.⁵

A AD passa a configurar como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Ela determina um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (RAS).⁵

Ademais, a atenção domiciliar é um dos componentes da rede de atenção às urgências e deve ser estruturada de forma articulada e integrada às RAS. As RAS têm se mostrado estratégia importante para o aperfeiçoamento e funcionamento político-institucional do SUS ao possibilitar ao usuário um conjunto de ações e serviços dos quais necessita. Por meio das RAS, é possível prestar assistência contínua a uma determinada população, com adequado custo e qualidade.²

O foco da AD é propiciar o uso adequado dos recursos disponíveis. O leito, ao ser desocupado por um paciente que passou a ter seus cuidados realizados em domicílio, não é desativado, sendo seguidamente ocupado por outro paciente que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Em última instância, pode-se dizer que com a AD se gasta menos para realizar o mesmo cuidado ao paciente com determinadas características.¹

A AD pretende reorganizar o processo de trabalho das equipes que realizam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar,

com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção; a desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários.⁵ Assim, o presente estudo teve o objetivo de constatar presença de internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em Montes Claros, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, descritiva e transversal. Este estudo é um recorte da pesquisa multicêntrica “*Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS*” coordenado pelo departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NU-PEPE). Compôs o cenário de coleta de dados, um hospital de ensino, situado na região norte de Minas Gerais.

O referido hospital de ensino tem sua história destacada na trajetória da saúde pública na região norte do Estado de Minas Gerais. É um hospital que dedica 100% dos seus leitos para pacientes advindos do Sistema Único de Saúde, sendo 171 leitos hospitalares e dez leitos de internação domiciliar - *HU em Casa*.⁶

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário estruturado com o objetivo de analisar, entre 45 pacientes internados na Clínica Médica, as internações sensíveis à atenção domiciliar. O formulário foi aplicado no período de 30 de abril a 10 de julho de 2014 com os participantes em seus leitos. Algumas informações foram complementadas, posteriormente, pelos registros no prontuário. Cada entrevista levou em média de 30 a 50 minutos, sendo todas realizadas no período vespertino, por ser o

turno para melhor acesso aos usuários e à consulta aos prontuários.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nas informações da tabela de avaliação de complexidade assistencial e da tabela de avaliação socioambiental, ambas da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID). O formulário para avaliação e classificação da elegibilidade para AD descreve a complexidade assistencial a partir das informações apresentadas: uso de dispositivos invasivos, oxigenoterapia, lesões de pele que demandam curativos, dependência para reabilitação, grau de dependência para atividades de vida diária, via de alimentação, estrutura familiar, consentimento e participação familiar no cuidado, presença de cuidador e avaliação socioambiental.

Para cada item de avaliação, dentro de uma categoria, foi atribuída uma pontuação, que ao final classifica a complexidade do cuidado. Usuário com pontuação inferior aos sete pontos, classifica-se como não elegível para atenção domiciliar; de oito aos doze pontos, classifica-se como baixa complexidade; de treze a dezoito, classifica-se como média complexidade; e acima de dezenove pontos, como alta complexidade. Após a avaliação das condições clínicas, procedeu-se avaliação socioambiental daqueles usuários que foram classificados em uma modalidade de cuidado. Por fim, o usuário foi incluído em uma das três categorias de cuidado.

Os dados foram organizados em um banco de dados do *Software Excel*, e, posteriormente, foram submetidos à análise descritiva.

O estudo seguiu os princípios éticos e respeitou a Resolução 466/2012,⁷ que orienta as pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de cada participante, no momento de aplicação do formulário, assinado em duas vias, uma para arquivo da pesquisadora e outra permaneceu com o partici-

pante. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros com parecer consubstanciado nº 473.501/2013.

RESULTADOS

O instrumento aplicado permitiu caracterizar o perfil dos usuários internados que participaram deste estudo (Tabela 1), quanto ao sexo, faixa etária, município de residência e acesso a plano de saúde.

Na tabela 1, observa-se que 53,4% dos participantes são do sexo feminino, 37,8% estão na faixa etária de 60 anos ou mais. Entre os 45 participantes, 68,9% residem em Montes Claros e 84,5% não possuem plano de saúde.

Tabela 1: Identificação dos usuários, segundo sexo, faixa etária, município de residência e acesso a plano de saúde. Hospital ensino. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	21	46,6
Feminino	24	53,4
Faixa etária		
14 a 17 anos	3	6,7
18 a 30 anos	3	6,7
31 a 45 anos	9	20,0
46 a 59 anos	13	28,8
60 anos ou mais	17	37,8
Município de residência		
Montes Claros	31	68,9
Outra cidade do norte de Minas Gerais	13	28,9
Cidade fora do norte de Minas Gerais	1	2,2
Plano de saúde		
Sim	7	15,5
Não	38	84,5

O gráfico 1 apresenta o tempo de hospitalização associado ao município de residência dos usuários. Dentre os participantes do estudo 15 permaneceram hospitalizados em média de 8-14 dias. Observa-se que 12 são provenientes de Montes Claros.

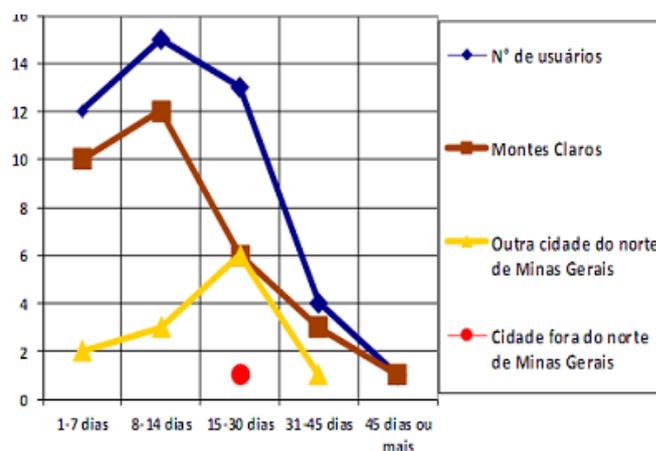


Gráfico 1: Tempo de permanência da internação hospitalar segundo município de residência. Hospital ensino. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Foi identificado que 40,0% dos usuários estiveram internados no ano anterior e 57,7% dos usuários foram encaminhados ao hospital ensino a partir do domicílio. Observa-se, ainda, que 97,8% dos usuários foram atendidos por enfermeiro e médico, e, 84,5% por nutricionista (Tabela 2).

Tabela 1: Aspectos relativos a atual internação. Reinternação no último ano, encaminhamento e atendimento multiprofissional. Hospital ensino. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Internação anterior nos últimos 12 meses		
Não	27	60,0
Sim	18	40,0
De onde veio para internação		
Outro hospital	12	26,7
Domicílio	26	57,7

Continuação tabela 2.

Variáveis	n	%
NS/NR*	7	15,6
Assistência profissional		
Assistente social	4	8,9
Enfermeiro	44	97,8
Médico	44	97,8
Nutricionista	38	84,5
Psicólogo	25	55,6
Fonoaudiólogo	1	2,2
Fisioterapia	9	20,0
NS/NR*	1	2,2

*NS/NR: Não sei/ Não respondeu

Os pacientes elegíveis para AD foram classificados quanto à modalidade de cuidado: AD1, AD2 ou AD3. Quanto à elegibilidade para AD, 15,5% dos participantes foram classificados nessa categoria. Entre estes, 8,9% a cargo da AD de nível 1, 4,4% da AD de nível 2 e 2,2% da AD de nível 3.

O quadro 1 descreve a situação clínica de cada usuário classificado como elegível para AD. Apresenta os critérios clínicos e a modalidade de cuidado para admissão no serviço de atenção domiciliar, segundo a necessidade de dispositivos invasivos: oxigenoterapia, presença de lesões de pele que demandam curativos, dependência para reabilitação da fisioterapia, fonoaudiologia ou outra, grau de dependência para atividades de vida

diária e via de alimentação. Quanto ao grau de atividade de vida diária, entende-se por paciente dependente aquele que necessita ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado.

Entre os sete usuários elegíveis para AD, quatro necessitavam da Sonda Vesical de Demora, um estava traqueostomizado e dois necessitavam de Aspiração de Vias Aéreas Superiores. Todos estavam em uso de cateter venoso intermitente, cinco necessitavam de oxigênio contínuo para sobrevivência, três tinham úlcera por pressão que demandavam curativos, todos necessitavam de reabilitação para fisioterapia ou fonoaudiologia, três se mostravam dependentes para atividades de vida diária e um estava gastrostomizado.

Após verificar as condições clínicas de cada usuário, procedeu-se a investigação do contexto socioambiental, que é um dos critérios para inclusão no serviço de atenção domiciliar. É imprescindível avaliar o contexto de vida do usuário a fim de identificar possíveis fatores que possam interferir na qualidade do cuidado a ser prestado em domicílio. Entre os sete usuários elegíveis para AD, um aceita a AD, mas não apoia integralmente a desospitalização pela insegurança em relação ao processo, os demais aceitam integralmente a desospitalização. E, tão importante quanto o usuário aceitar a internação domiciliar, é ter o apoio e o envolvimento de um ente querido em sua recuperação.

Quadro 1: Descrição dos aspectos clínicos que classificaram os usuários elegíveis para AD. Hospital ensino. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Usuários	Dispositivos invasivos	Oxigenoterapia	Lesões de pele (Curativos)	Dependência para reabilitação fisioterapia, fonoaudiologia	Grau de dependência para AVD	Via de alimentação
1 (AD3)	Traqueostomia com aspiração/	O2 Contínuo	-	Sim	Independente	Oral
2 (AD1)	Aspiração de vias aéreas superiores/ Cateter venoso intermitente	-	Úlcera por pressão grau II	Sim	Dependente	Oral
3 (AD1)	Cateter venoso intermitente	O2 Contínuo	-	Sim	Independente	Oral
4 (AD2)	Cateter venoso intermitente/ Sonda vesical intermitente	O2 Contínuo	Úlcera por pressão grau II	Sim	Dependente	Oral
5 (AD1)	Aspiração de vias aéreas superiores/ Cateter venoso intermitente/ Sonda vesical permanente	-	Úlcera por pressão grau II	Sim	Dependente	Oral
6 (AD1)	Cateter venoso intermitente/ Sonda vesical intermitente	O2 Contínuo	-	Sim	Independente	Oral
7 (AD2)	Cateter venoso intermitente	O2 Contínuo	-	Sim	Independente	Gastrostomia

DISCUSSÃO

Este estudo buscou constatar presença de internações hospitalares sensíveis a AD, conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos usuários e sua elegibilidade para este modelo de atenção.

Torna-se pertinente salientar que existem conceitos diferentes entre atenção, assistência, atendimento e internação domiciliar, que muitas vezes são utilizados como sinônimos. Para tanto, adota-se, neste estudo, o conceito descrito por Lacerda e colaboradores⁸, em que a atenção domiciliar à saúde constitui-se em uma modalidade de maior abrangência, sendo um termo mais genérico, que incluem e também representa o atendimento domiciliar, a visita e as internações domiciliares, as quais possibilitam a realização e a implementação da AD.⁹

Quase sempre as iniciativas de atenção domiciliar se orientam para desospitalização de pacientes institucionalizados, diminuição de custos com procedimentos, prevenção de riscos e humanização da assistência. No entanto, o modo de produzir o cuidado ainda é limitado, considerando a quantidade de serviços ofertados aquém da demanda.¹⁰

Em Betim-MG, um estudo com 339 prontuários de usuários, avaliados em domicílio por equipe de fisioterapia, revelou o perfil dos indivíduos com 60% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi idosa, representando 66% dos usuários.¹¹ O que se assemelha aos achados do presente estudo ao ser identificado que os idosos compreendem a maior parcela dos usuários avaliados.

Com o aumento do envelhecimento populacional, surge também o aumento de doenças crônico-degenerativas acometendo uma população

frágil formada pelos idosos, gerando incapacidades e aumentando a necessidade de cuidados domiciliares contínuos.¹²⁻¹⁵

Em 2008, avaliou-se a experiência do *HU em Casa*, programa de internação domiciliar do cenário de estudo desta pesquisa, a partir de 137 pacientes. Os resultados demonstraram que 12% permaneceram em atendimento por um período médio de 35 dias de internação, dos quais 54,0% foram ao óbito, 23,0% tiveram alta para acompanhamento ambulatorial, 5,0% foram institucionalizados e 6,0% por não adesão da família à AD. A internação domiciliar é uma modalidade de cuidado que tem se revelado uma opção segura e eficaz, direcionada aos pacientes com doenças crônicas ou agudas. Quanto ao período de internação, 120 pacientes foram assistidos pelo programa de internação domiciliar (PID) por 16 a 30 dias (87,6%).¹⁶

No presente estudo, a taxa de permanência dos usuários mostrou-se adequada, sendo condizente com a atuação do PID citado. O usuário ao permanecer mais que 15 dias hospitalizado é avaliado pela equipe para verificação da necessidade de inclusão na AD, buscando otimizar os recursos hospitalares e a assistência.¹⁶

Quanto ao encaminhamento para internação, no estudo de Maroldi e colaboradores,¹⁷ com 56 pacientes assistidos por um serviço de internação domiciliar em São Paulo, entre 2007 e 2009, 75,0% foram encaminhados para o hospital em questão, por meio das unidades básicas de saúde (UBS), 23,0% por unidades de saúde da família (USF) e apenas 2,0% por serviço privado. Já neste estudo, 57,7% vieram diretamente do domicílio para o hospital ensino.

Cabe retomar o estudo de Martelli e colaboradores¹⁶ que evidenciaram 116 pacientes encaminhados ao *HU em Casa* pela clínica médica (84,7%) e 10 pela clínica cirúrgica (7,3%). Os

estudos que avaliam a assistência domiciliar no contexto de saúde pública evidenciam a possibilidade do tratamento no domicílio e mostram, ainda, a importância do serviço de internação domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado.¹

A AD, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), deve ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado. A prestação da assistência na modalidade atenção domiciliar 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.⁵

Para inclusão na modalidade AD1, o usuário deve apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde (UBS); e não se enquadrar nos critérios previstos para a atenção domiciliar 2 e atenção domiciliar 3.⁵

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana.⁵

Para inclusão na modalidade AD2, o usuário deve apresentar necessidade de procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e

drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento frequente, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea.⁵

Para que o usuário seja incluído nos cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: suporte ventilatório não invasivo; pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP); pressão aérea positiva por dois níveis (BIPAP), diálise peritoneal e paracentese.⁵

São critérios para não inclusão no serviço de atenção domiciliar, em qualquer das três modalidades, 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.⁵

Segundo a Portaria 2527 de 2011, o cuidado domiciliar deve ser desenvolvido por profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP)⁹. Os municípios de menor porte populacional poderão se associar para atingir uma população maior ou igual a 20 mil habitantes, podendo contar com uma EMAD Tipo 2 e com EMAP.

A composição mínima de uma EMAD é: 01 médico com carga horária mínima de 40 horas semanais ou 02 médicos com carga horária mínima de 20 horas semanais; 01 enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais ou 02 enfermeiros com carga horária mínima de 20 horas semanais; 01 fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas semanais ou 01 assistente social com carga horária mínima de 30 horas semanais; e, 04 auxiliares ou técnicos de enfermagem com carga horária mínima de 40 horas semanais. Salienta-se que uma equipe de EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 mil habitantes, tendo como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 pacientes.¹⁸

A EMAP, por sua vez, deve ser “constituída por, no mínimo, três profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 (trinta) horas, eleitos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais: I - assistente social; II - fisioterapeuta; III - fonoaudiólogo; IV - nutricionista; V - odontólogo; VI - psicólogo; VII - farmacêutico; e VIII - terapeuta ocupacional”¹⁸

Em um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte-MG, foram entrevistados 114 usuários em AD, indicados por duas Unidades Básicas de Saúde, sendo 38 na UBS 1 e 76 na UBS 2. Dos 114 usuários avaliados, 73,6% foram classificados em

AD1 e 26,3% em AD2 (UBS 1: 72,4% em AD1; 27,6% em AD2; UBS 2: 80% em AD1; 20,0% em AD2). A maior parte dos usuários em AD era mulheres (69,3%), na faixa etária de 66 a 95 anos (65,7%), com escolaridade até o ensino fundamental (89,3%), renda de até três salários mínimos (72,8%) e residem em condições adequadas de água e esgoto (93,0%). Consoante ao presente estudo, percebe-se que a maior parcela dos usuários é classificada na modalidade AD1 de cuidado que é responsabilidade das EMAD e das equipes de Estratégia Saúde da Família.¹⁹

Pires e colaboradores¹⁹, ao abordarem as características clínicas dos 114 usuários, observaram também que 41,2% apresentaram risco para desenvolver úlcera por pressão, 57,9% dependiam de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária (AVD), como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se, alimentar-se ou manter controle de esfíncteres, e, 32,4% eram dependentes para mais de cinco dessas seis funções do dia a dia. No atual estudo, vale destacar que três usuários avaliados já apresentavam úlcera por pressão que demandavam curativos e todos eram dependentes para AVD.

No estudo de Coelho e colaboradores²⁰, realizado com idosos em AD com relação à avaliação da pele, verificou-se que 68,6% dos clientes apresentavam pele sem lesão. Entre aqueles que apresentavam lesão, 10,0% tinham úlcera de pressão estágio I, no qual a pele se mantém íntegra, porém com hiperemia local. Afirmam, ainda, que pouco mais da metade das úlceras por pressão foram originadas antes do cliente ter iniciado o atendimento domiciliar (desospitalização).

Na escolha do paciente para AD, o primeiro passo é avaliar sua elegibilidade, o segundo é classificar a complexidade do atendimento proposto. A partir daí, é possível mobilizar recursos materiais e humanos necessários ao atendimento de qualidade

e definir o custo do serviço proposto.²¹

Ao classificar um usuário para AD em alta complexidade, usuário com pontuação superior a 19 pontos e 24 horas de assistência de enfermagem, necessita dos mesmos aparatos utilizados durante sua internação hospitalar em unidades de cuidados intensivos e semi-intensivos. Assim, necessita, em domicílio, de atendimento multiprofissional e assistência de enfermagem contínua.²²

Os instrumentos de elegibilidade permitem efetivar a classificação e priorizar ações de atenção domiciliar nas várias modalidades de assistência, incluindo vigilância, atendimento, acompanhamento, cuidado e internações domiciliares. Haja vista que o setor hospitalar passa por um momento de transformação e crise no Brasil. Uma razão importante para isso, é que doenças antes tratadas em regime hospitalar, hoje são passíveis de atenção ambulatorial ou domiciliar, principalmente depois da criação da Estratégia Saúde da Família.²⁰

No estudo de Pires e colaboradores¹⁹, permaneceram como variáveis, fortemente associadas ao tipo de AD, o maior comprometimento clínico dos usuários, o estado emocional triste, o risco para úlcera por pressão pela escala de Braden e a semidependência para as atividades de vida diária.

O presente estudo apresenta limitações, sobretudo, quanto ao delineamento de corte transversal e tamanho da amostra, por se tratar de um recorte de uma pesquisa multicêntrica desenvolvida em todo o estado de Minas Gerais.

CONCLUSÕES

Os achados indicaram que entre 45 leitos ocupados na internação hospitalar, a maior parte

da amostra era composta por mulheres, idosas, residentes em Montes Claros e sem cobertura de plano de saúde. Sete usuários foram elegíveis para AD. Além disso, é possível afirmar que esses sete leitos poderiam ser utilizados por usuários em estado agudo e/ou crítico e que necessitassem de maior quantidade de procedimentos e tecnologias duras. É importante destacar que os sete usuários elegíveis para AD, mesmo todos apresentando necessidade de cateter venoso intermitente e alguns oxigenoterapia e mudança de decúbito, poderiam ter a continuidade de seu tratamento com segurança no lar, ao lado dos familiares.

A AD procura envolver, como objeto de análise e aperfeiçoamento, o trabalho de toda a equipe de assistência, e, também, dos familiares que se responsabilizaram pelos cuidados ao paciente. Para que isso ocorra, a AD depende da participação de todos em um processo cooperativo, na qual a meta deve ser o cuidado ao paciente em suas demandas e necessidades, independente da classificação do cuidado em AD.

Os resultados deste estudo expõem informações acerca de uma importante modalidade de assistência a saúde, Atenção Domiciliar, que favorece a gestão do cuidado humanizado, otimiza o leito hospitalar e amplia as Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Apoio financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.

Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de preparação deste manuscrito e declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300009 Acesso em: 15 maio 2014.
2. MENDES, E. V. *c.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
3. FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892008000900004&script=sci_arttext Acesso em: 15 maio 2014.
4. CARVALHO, L. C. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina / Programa de pós-graduação em Clínica Médica, Rio de Janeiro.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. *Lei 11.517, de 13 de julho de 1994 - artigo 31 - Reorganiza a Universidade Estadual de Montes Claros e dá outras providências: cria o Hospital Universitário Clemente de Faria*. Montes Claros, 1994.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012 Dez 12. Seção 1, 59 p.
8. LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009 Acesso em: 12 set 2014.
9. ANDRADE, A. M. *Estruturação da Rede de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar*. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
10. SANTANA, C. R.; ALVES, E. D. Estudo sobre os limites e possibilidades do programa de internação domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na regional de saúde do Paranoá. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 5, n. 1, p. 37-46, 2014.
11. VIANA, S. O. *et al.* Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela Fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde de Betim. *Revista de APS*, v. 16, n. 3, p. 278-286, jul./set 2013. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1644/745> Acesso em: 18 maio 2014.
12. MARTINS, J. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300005&script=sci_arttext Acesso em: 20 ago 2014.

13. CAMARANO, A. A. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão; IPEA. 2002.
14. LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010 Acesso em: 18 set 2014.
15. GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O. Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. (Supl I), p. 3-6, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 15 set 2014.
16. MARTELLI, D. R. B, *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100009 Acesso em: 14 ago 2014.
17. MAROLDI, M. A. C. *et al.* Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. *CuidArte Enferm*, v. 6, n. 1, p. 24-29, Jan./ jun. 2012.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
19. PIRES, M. R. G. M. *et al.* Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300648 Acesso em: 12 ago 2014.
20. COÊLHO, A. D. A. *et al.* O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene*. v. 13, n. 3, p. 639-649, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/731> Acesso em: 12 jul 2014.
21. DAL BEM, L. W.; GAIDIZNSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 100-108, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf> Acesso em: 12 jul 2014.
22. BAJOTTO, A. P. *et al.* Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Revista HCPA*, v. 32, n. 3, p. 311-317, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31055> Acesso em: 12 jul 2014.