

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

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

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

¹Cristiane Vieira da Silva

²Victor Guilherme Pereira

³Ely Carlos Pereira de Jesus

⁴Sirlaine de Pinho

⁵Luciana Colares Maia

⁶Simone de Melo Costa

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

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

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

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

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

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

Autor correspondente

Cristiane Vieira da Silva

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

Submissão: 24-01-2023

Aprovado: 15-03-2023

RESUMO

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

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

ABSTRACT

Objective: To investigate data on home care in public health, from a macro, meso and micro regional perspective in Minas Gerais (MG), Brazil. **Method:** Study with ecological design. Data were extracted from the Health Information System for Primary Care (SISAB) of the Brazilian Ministry of Health and refer to home care provided from 2016 to 2018. Variables stratified by: gender, type of home care were explored. 1, 2 or 3, scheduled or unscheduled care, post-death visit and outcome. The macro perspective was the state of Minas Gerais, the meso the northern region of the state and the micro-region the municipality of Montes Claros (MG). **Results:** In Minas Gerais, 665,395 home visits were carried out, most frequently for women (51.72%). It was observed that scheduled appointments had frequencies above 95%. In the evaluated period, there was an increase in home visits after the patient's death. Home care modality 2 was the most prevalent in the investigated regions and, in addition, there is a preponderance for the permanence of patients in home care. In Montes Claros, attendances with urgency/emergency outcome (0.05%), hospitalization (0.09%), administrative/clinical discharge (0.26%) and death (0.45%) were low. **Conclusion:** Significantly, the appointments were mostly scheduled, suggesting planning of health actions in Minas Gerais. The need to remain in the HC implies low rates for clinical/administrative discharge, which may impact the resolution of the health system.

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

RESUMEN

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

A AD apresenta três modalidades: Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3). As modalidades são fundamentadas a partir das necessidades do cuidado, frequência das visitas ao domicílio, complexidade do cuidado multiprofissional e utilização de recursos. A modalidade AD1 é ofertada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e conta com maior intervalo entre as visitas e intervenções multiprofissionais, considerando a estabilidade clínica do paciente e o suporte de cuidados satisfatórios ofertados pelos familiares/cuidadores^(9,11).

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

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

geográficas de particularidades distintas, justifica-se este estudo, que objetiva investigar dados de atenção domiciliar na saúde pública, a partir da perspectiva macro, meso e microrregional no âmbito de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

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

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

Para o estado de Minas Gerais foram constatados dados de 29 municípios (avaliação macrorregional). Desses 29 municípios, cinco

estão localizados no norte de Minas (avaliação mesorregional). Os municípios de MG disponíveis são: Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Bom Despacho, Caratinga, Contagem, Francisco Sá (norte de MG), Ibituripe, Ipatinga, Itaobim, Jaíba (norte de MG), Jequitinhonha, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Monte Carmelo, Montes Claros (norte de MG), Nova Lima, Pará de Minas, Pirapora (norte de MG), Poços de Caldas, Ribeirão das Neves, Sabará, São Lourenço, Sarzedo, Taiobeiras (norte de MG), Uberaba, Uberlândia, Varginha e Vespasiano.

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

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

envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

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

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

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

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

Fonte: SISAB, 2016-2018.

DP = desvio padrão; N = número.

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

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

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

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

Fonte: SISAB, 2016-2018.

N = número.

*Visita domiciliar após óbito.

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

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

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

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

	2018	51	13.859	15	26	13.951
		(0,40)	(99,30)	(0,10)	(0,20)	(100,0)
Total	2016-2018	354	40.523	381	41	41.299
		(0,90)	(98,10)	(0,90)	(0,10)	(100,0)

Fonte: SISAB, 2016-2018.

AD = atenção domiciliar; N = número.

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

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

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

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

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

Fonte: SISAB, 2016-2018.

N = número.

*Alta administrativa/clínica.

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

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

Fomento e Agradecimento: Não houve instituição de fomento.

REFERÊNCIAS

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

2. Iwata H, Matsushima M, Watanabe T, Sugiyama Y, Yokobayashi K, Filho D et al. The need for home carephysicians in Japan - 2020 to 2060. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1):752. [https://doi.org/ 10.1186/s12913-020-05635-2](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2).
3. Barra DCC, Gapski GB, Paese F, Sasso GTMD, Sousa PAF, Alvarez AG et al. Validation of nursing diagnosis for nursing consultation on home visit to adults. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0115>.
4. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAP, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc saúde colet.* 2016; 21(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.
5. Xavier GTO, Nascimento VB, Junior NC. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Revi Bras Geriatria e Gerontologia.* 2019; 22(2):e180151. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.
6. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RQ, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate.* 2019; 43(121). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
7. Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hornbake R et al. The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Manag Pract.* 2016; 28(4):262-78. [https://doi.org/ 10.1177/1084822316666368](https://doi.org/10.1177/1084822316666368).
8. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing erros by nursing staff in home care services. *Nurs Open.* 2021; 8(2):755-65. <https://doi.org/10.1002/nop2.678>.
9. Ministério da Saúde (br). Portaria n. 825, de 25 de abril 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Diário Oficial da União; 25 abr 2016.
10. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enfermagem.* 2018; 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
11. Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MNS. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm.* 2019; 32(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087>.
12. Sobotka SA, Dholakia A, Berry JG, Brenner M, Graham RJ, Goodman DM et al. Home nursing for children with home mechanical ventilation in the United States: Key informant perspectives. *Pediatr Pulmonol.* 2020; 55(12):3465-76. <https://doi.org/10.1002/ppul.25078>.
13. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transition al care for stroke survivors and care givers: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2021; 30(19-20):2786-07. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>.
14. Cerezer LG, Lampert MA, Barberena LS, Brondani CM, Rizzatti SJS. Avaliação da (Evaluación de la) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar. *Saúde e Ciência.* 2017; 22(6):525-531. <http://dx.doi.org/10.21840/siic/150394>.
15. Silva KLD, Braga PP, Silva AE, Lopes LFL, Souza TM. Discourses on technologies in home care: contributions between innovating, inventing, and investing. *Rev*



Gaucha Enferm. 2022 May 23;43:e20200491. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20200491.

16. Savassi L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016; 11(38). [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).

17. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 3(CD009231). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231>.

18. Bento MCSSC, Silva AP. Cuidados omissos em contexto de cuidados domiciliários: Razões na perspectiva dos enfermeiros. *Rev Enf Ref*. 2022; 6(1): e21005. <https://doi.org/10.12707/rv21005>.

19. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde em Debate*. 2019; 43(120). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.

20. McCreary DDJ. Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses. *Nurs Clin North Am*. 2020; 55(1):121-132. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.11.002>.

21. Alves CDR, Andrade MC, Santos CLDS. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. *Saúde em Debate*. 2016; 40(111). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611121>.

22. Levine DM, Pian J, Mahendrakumar K, Patel A, Saenz A, Schnipper J. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2020; 172(2):77-85. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06416-7>.

23. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010-2020. *J Am Geriatr Soc*. 2021; 69(10):2963-72. <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>.

24. Abe K, Kawachi I, Watanabe T, Tamiya N. Association of the Frequency of In-Home Care Services Utilization and the Probability of In-Home Death. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(11): e2132787.