



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

JANAINA DO AMARANTE RICARDO

**A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES PÓS - COVID
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2022



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

JANAINA DO AMARANTE RICARDO

**A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES PÓS - COVID ACOMPANHADOS
PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador(a): Prof^ª. Dr(a). Claunara Schilling Mendonça

PORTO ALEGRE

2022



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof^(a). Dr(a) Claunara Schilling Mendonça
Orientadora

Prof^(a). Dr(a) Quelen Tanize Alves da Silva
Examinadora

Prof^(a). Dr(a) Luciane Kopittke
Examinadora

Prof^(a). Dr(a) André Wajner
Examinador

ATA DE APROVAÇÃO



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MESTRADO PROFISSIONAL

Aos sete dias de outubro do ano de dois mil e vinte e dois às nove horas na sala da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Cristo Redentor, realizou-se a sessão pública de defesa de trabalho de conclusão de curso, intitulado: "A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES PÓS-COVID - ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE", de autoria do candidata Janaina do Amarante Ricardo, aluna do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC (PPGATSUS), em nível de Mestrado Profissional. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos(as) professores(as): Prof^ª. Dra. Luciane Kopittke, Dra. Quelen Tanize Alves da Silva, Dr. André Wajner e pela Prof^ª. Dra. Claunara Schilling Mendonça - orientadora. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, os membros da banca consideraram o trabalho de conclusão de curso:

☒ aprovado

☐ reprovado

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Luciane Kopittke

Dra. Quelen Tanize Alves da Silva

Dr. André Wajner

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Grupo Hospitalar Conceição pela possibilidade de desenvolvimento do presente estudo na instituição.

E agradeço imensamente ...

À professora Luciane Kopittke que não deixou eu desistir deste estudo e que me motivou em todos os momentos.

À minha orientadora Claunara Schilling Mendonça pela orientação e incentivo.

À minha colega e parceira de trabalho Quelen, pelo auxílio, incentivo e orientação.

Às minhas amigas Diani Oliveira e Angélica Menezes pelo incentivo e torcida.

À minha amiga Flavia Moraes, que me deu uma grande aula e fez com que a análise de dados passasse a ser um tema interessante pra mim.

À minha amiga e comadre Thaiani Farias pelo apoio e o incentivo.

À minha irmã Maíma, pela sua escuta e apoio;

Ao meu companheiro Marcelo Zoppo pelo apoio e pelos dias que ficou com o Lipe pra eu me dedicar neste trabalho.

Ao meu filho Lorenzo pelas batidinhas no ombro e apoio (- Quantas páginas, mãe?!)

E agradeço finalmente ao meu filhinho Felipe que me cedeu um pouco do meu tempo com ele para que isto tudo se concretizasse.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que trabalharam durante a Pandemia de Covid 19 e a todas as famílias que perderam seus entes queridos para esta doença.

RESUMO

A Atenção Domiciliar tem se tornado cada vez mais importante para o processo de desospitalização e promoção de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o início da pandemia pelo vírus SARS-COV-19 a partir de março de 2020 no Brasil, os casos de pacientes hospitalizados em unidades de tratamento intensivo com uso de ventilação invasiva aumentou significativamente e portanto surgiu a oferta de um número elevado de pacientes com inúmeras sequelas aptos para acompanhamento, preconizando a desospitalização. O Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) de Porto Alegre-RS, que é um serviço de excelência na internação domiciliar e que seguiu com funcionamento nesse período de pandemia, começou a receber pacientes pós COVID-19 para acompanhamento domiciliar. Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever a transição do cuidado dos pacientes pós COVID-19 acompanhados pelo PAD/GHC para a rede de atenção à saúde, no período de agosto de 2020 a março de 2022. Este estudo foi motivado pela ausência de trabalhos semelhantes em serviços de Atenção Domiciliar no país e pela possibilidade de qualificar a transição do cuidado realizada em pacientes pós covid acompanhados pelo PAD. Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva e exploratória, através de um estudo de coorte. A pesquisa foi realizada em Porto Alegre, na área de abrangência do PAD/GHC, com as informações referentes aos atendimentos realizados no PAD durante o acompanhamento dos pacientes elegíveis para o estudo. Os resultados do estudo apresentaram um número semelhante de pacientes homens (48,3%) e mulheres (51,7%), com idade média de 61 anos, apresentando comorbidades e doenças crônicas prévias como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças pulmonares. Os cuidadores foram em sua maioria do sexo feminino (64,8%) e os principais motivos para a internação no PAD foram a reabilitação motora e o monitoramento clínico. Os profissionais da fisioterapia e da fonoaudiologia foram os que mais tiveram demandas com os pacientes. O encaminhamento para reabilitação no município e o contato prévio do PAD com a APS foram significativamente associados com o atendimento após alta na APS (70,4%). Este estudo possibilitou identificar lacunas e potências no trabalho em rede de pacientes acometidos pela COVID-19 contribuindo com a produção de conhecimento científico relacionado à transição de cuidado na Atenção Domiciliar no Brasil.

Palavras-chave: cuidado de transição; assistência domiciliar; SUS; COVID-19, Rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Home Care has become increasingly important for the process of de-hospitalization and health promotion of users of the Unified Health System (SUS). With the beginning of the SARS-CoV-2 pandemic from March 2020 in Brazil, the cases of patients hospitalized in intensive care units with the use of invasive ventilation increased significantly and therefore the offer of a high number of patients with numerous sequelae able to rehabilitation, recommending dehospitalization. The Home Care Program of Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) in Porto Alegre-RS, which is a service of excellence in home care and which has not stopped working in this pandemic period, then begins to receive post covid patients for home rehabilitation . Therefore, the objective of this study is to describe the transition of care for post-COVID 19 patients monitored by the PAD/GHC to the health care network, from March 2020 to March 2022. This study was motivated by the absence of similar works in Home Care services in the country and the possibility of qualifying the transition of care performed in post-COVID-19 patients accompanied by the PAD. This is a descriptive and exploratory research, through a cross-sectional study. The research was carried out in Porto Alegre, in the area covered by the PAD/GHC, with information regarding the care provided in the PAD during the follow-up of patients eligible for the study. The results showed a similar number of men (48,3%) and women (51,7%), with a mean age of 61 years, with comorbidities and previous chronic diseases such as arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity and pulmonary diseases. The caregivers were mostly female (64.8%) and the main reasons for admission to the PAD were motor rehabilitation and clinical monitoring. Physiotherapy and speech therapy professionals were the ones who had the most demands with patients. Referral to rehabilitation in the municipality and previous contact between PAD and PHC were significantly associated with post-discharge care in PHC (70.4%). This study will make it possible to identify gaps and strengths in the networking of patients affected by COVID-19 and expand knowledge about patient care transition, contributing to the production of scientific knowledge related to care transition in Home Care in Brazil.

keywords: care transition; home care; SUS; COVID-19; health care network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais da amostra.....33

Tabela 2 - Frequência de cada tipo de assistência prestada aos pacientes durante o período de permanência no PAD.....35

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa de pacientes atendidos em cada UBS após a alta do PAD.....36

Tabela 4 - Características associadas ao atendimento na APS após a alta do PAD.
.....38

Tabela 5 - Pacientes com atendimento na APS após alta PAD.....39

Tabela 6 - Pacientes sem atendimento na APS pós alta do PAD.....39

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 OBJETIVOS	13
1.1 Objetivo Geral	13
1.2 Objetivos Específicos	12
2 INTRODUÇÃO	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
5 ARTIGO	33
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7 APÊNDICE E ANEXOS	52
a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	53
b. Normas para publicação na revista	59
c. Ficha de pesquisa	64

APRESENTAÇÃO

Este trabalho corresponde a dissertação de mestrado intitulada “A transição de cuidado dos pacientes pós covid acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição para a rede de atenção à saúde” apresentada ao Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição na cidade de Porto Alegre - RS como produto final do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. O trabalho é apresentado na seguinte ordem: resumo, objetivos, introdução, revisão de literatura, referências bibliográficas, artigo, conclusões e considerações finais, apêndices e anexos.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Analisar a transição do cuidado dos pacientes pós COVID-19 acompanhados do PAD GHC para a rede de atenção à saúde no período de 2 anos.

1.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil clínico dos pacientes pós COVID-19 acompanhados pelo PAD.

Descrever assistenciais dos atendimentos de pacientes pós COVID-19 à equipe multiprofissional do PAD/GHC.

Descrever os encaminhamentos realizados para a rede de atenção à saúde para os atendimentos de pacientes pós COVID- 19.

Analisar a ocorrência do atendimento de pacientes pós COVID -19 nas Unidades de Atenção Primária em Saúde de referência após alta do PAD.

2 INTRODUÇÃO

Com a pandemia mundial pelo vírus SARS-Cov-2 declarada em 11 de março de 2020, o Programa de Atenção Domiciliar passou a receber pacientes pós COVID-19 oriundos de internações hospitalares e Unidades de Saúde de Porto Alegre para acompanhamento a partir de agosto de 2020 devido às sequelas relacionadas a doença e/ou internações prolongadas.

O Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) é um serviço com experiência nesta linha de cuidado desde 2004. Abrange uma população de aproximadamente 500 mil habitantes. O PAD/GHC atende os pacientes que residem na sua área de abrangência (GD Norte, Leste, Nordeste) encaminhados por hospitais de Porto Alegre, pela rede básica de saúde e outras instituições de saúde, após a alta hospitalar e por período temporário.

Um estudo realizado na UFRGS em 2021, no setor de pós graduação em epidemiologia e telessaúde (TelessaúdeRS-UFRGS), trouxe como uma das principais sequelas do covid 19 a Síndrome Pós cuidados intensivos (SPCI) que ocorre tanto em pacientes internados em unidades de terapia intensiva por COVID-19 quanto por outras causas. Nessa síndrome, há prejuízo na cognição, saúde mental e função física. Idade avançada e doenças crônicas são fatores de risco para estas complicações. Além disso, fragilidade ou prejuízo cognitivo pré-existente, ventilação mecânica prolongada (mais de 7 dias), sepse e repouso prolongado no leito também contribuem para o desenvolvimento da síndrome. Outro estudo na China em que a VM foi necessária em pacientes revela que estes indivíduos estão suscetíveis a serem acometidos pela síndrome pós-cuidado intensivo, resultante das complicações secundárias aos procedimentos invasivos ou não ao qual foram submetidos como VM, uso de sedativos, bloqueio neuromuscular e imobilização por longos períodos, comprometendo o condicionamento físico e respiratório, perda de massa muscular, distúrbios cognitivos e neuropsiquiátricos (GUAN et al., 2020; SILVA; PINA; ORMOND, 2021; CORNELLY; ROCHA, 2020).

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) surge com potencialidade para atendimento a estas demandas específicas tendo como um dos eixos centrais a “desospitalização” - tanto na fase pré como na pós-hospitalar, aumentando,

consequentemente, a rotatividade de leitos, especialmente os de clínica médica. (BRASIL,2012)

Para o PAD trabalhar no contexto da pandemia de covid com a reabilitação e acompanhamento de pacientes configurou-se um importante desafio superado dia após dia, em cada visita domiciliar.

A transição do cuidado de pacientes acompanhados pelo PAD/GHC para a rede de atenção à saúde torna-se ponto fundamental para o cuidado integral do paciente permitindo que este seja visualizado na sua totalidade e em diferentes aspectos por diferentes serviços na busca de um cuidado em saúde eficiente.

De acordo com Feuerwerker e Merhy (2008), novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, construídos e implementados pelas equipes, visam às modalidades assistenciais que favoreçam a transição do cuidado do hospital para o domicílio de modo responsável, participativo e colaborativo, minimizando a ansiedade e a sensação de abandono que permeiam a desospitalização, frequentemente referidas pelas famílias, e que podem e devem ser atenuadas na gestão do cuidado.

O PAD realiza a transição de cuidado por meio de notas de alta com o máximo de informações possíveis, contato com profissionais de serviços de saúde e de assistência social, discussão de casos, articulação do cuidado com o território em que o paciente e sua família está inserido possibilitando assim o atendimento longitudinal de todos os casos acompanhados. Diante disso, temos a pergunta geradora de pesquisa: A continuidade do cuidado do paciente do PAD através de ações de transição do cuidado para os serviços da Rede de Atenção à Saúde tem sido efetiva?

A realização deste estudo é motivada pela ausência de trabalhos semelhantes em serviços de AD no país neste momento. Considerando que o PAD/GHC é um serviço de referência nesta área de atuação, este estudo pretende contribuir com a produção de conhecimentos científicos relacionados à Atenção Domiciliar no Brasil e a transição de cuidado em pacientes que tiveram infecção por COVID-19.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (RAS):

O Sistema Único de Saúde é a política pública mais inclusiva realizada no Brasil e tem contribuído para a melhora dos níveis de saúde da população, com equidade. A organização dos serviços no SUS, desde sua criação, tem sido implementada a partir de legislação infraconstitucional, por meio de políticas e programas, muitos sendo referências internacionais. Todavia, o processo mais complexo na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede requerem mecanismos de gestão ainda incipientes no SUS e as reformas necessárias na prestação dos serviços a fim de diminuir sua fragmentação, têm sido identificadas a partir dos desempenhos insuficientes dos serviços de saúde. (MENDES, 2011)

As Redes de Atenção à Saúde, instituídas em 2010, são uma proposta de garantir um sistema integrado de saúde que permita responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira. (Mendes, 2011).

Conforme Mendes (2012), a poliarquia substitui a hierarquia no sistema de saúde fazendo que ocorra a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção com distintas densidades tecnológicas igualmente importantes. Dessa forma se rompem as relações verticalizadas de um sistema fragmentado formando redes policêntricas horizontais com o centro de comunicação na APS.

De acordo com a Portaria GM/ MS nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde no SUS, é possível identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual (BRASIL, 2010):

- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, que são entendidos como espaços em que são ofertados serviços de saúde, todos igualmente relevantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção;
- Atenção Primária/ Básica como ordenadora do cuidado com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL,2011);

- Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica cujas ações, serviços e programações em saúde devem basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população;
- Ofertar atenção contínua e integral referindo-se a serviços e sistemas integrados que poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde que são demandados pela APS, os outros 20% seguem um fluxo em níveis de atenção e ao final a continuidade da atenção deve ser mantida pela Atenção Básica;
- Cuidado multiprofissional em que se faz necessário a composição multiprofissional e das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo, utilizando-se de uma ação interdisciplinar de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização entre os membros da equipe;
- Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos contemplando objetivos sanitários e econômicos de modo a gerar o melhor custo-benefício para a população atendida; (UNA-SUS/UFMA, 2016).
As RASs têm como objetivo melhorar a qualidade de vida da população, a qualidade da atenção, os resultados sanitários, a eficiência na utilização de recursos e a equidade em saúde. (Mendes, 2012)

A rede assistencial precisa estar organizada a partir das necessidades da sua população e articular seus diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de sua sociedade.

Existem fortes evidências de que a prestação integrada de serviços de saúde, como uma intervenção complexa, contribui para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, o acesso, reduz hospitalização e re-hospitalização e aumenta a adesão aos tratamentos (EXPH, 2019; WHO, 2015; OVRETVEIT. J, 2011; MCDONALD KM, 2007; NOLTE ,E. 2008). Há também algumas evidências de que, como uma intervenção complexa, o cuidado integrado contribui à eficácia dos serviços e à melhoria do estado de saúde da população (DUDLEY L, 2011; LÊ G, 2014).

Nessa perspectiva, a Atenção Domiciliar consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de

cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades (Andrade, 2013)

Atenção Domiciliar: histórico e estudos prévios

No Brasil, as visitas domiciliares estiveram presentes no contexto histórico, assumindo características motivadas pelos diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos. Inicialmente, o atendimento domiciliar no Brasil foi prestado pelos Médicos de Família, que atendiam pessoas com maior poder aquisitivo em seus domicílios, restando aos mais pobres o atendimento filantrópico, o curandeirismo e a medicina popular.(BRASIL, 2011).

A primeira experiência de atendimento domiciliar vinculada a uma instituição teria sido desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho. No entanto, a AD foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (SAVASSI,2012).

Serviços de AD surgiram em diversos locais do Brasil na década de 60 e tiveram expansão importante na década de 90. As propostas dos diferentes serviços são bem definidas em relação a critérios de inclusão, exigência de cuidador para pacientes dependentes, fornecimento de materiais e medicações, transporte e realização de exames complementares. No entanto, cada serviço apresenta uma dinâmica particular de atuação conforme relata Rehem (2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, a AD é uma modalidade de atendimento que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio (BRASIL, 2012a). Para Feuerwerker e Merhy (2008), o atendimento domiciliar constitui um espaço para a construção de uma modalidade de atenção com ênfase no trabalho em equipe, na utilização de tecnologias leves que a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações.

As experiências de saúde no Brasil voltadas para AD inicialmente foram implantadas por administrações municipais e instituições de saúde, principalmente hospitais, mesmo sem iniciativa do governo (FEUERWERKER, 2012). Somente no ano de 1998 a Portaria nº 2.416 de 23 de março foi implementada a fim de estabelecer critérios de credenciamento hospitalar para implantação da Internação Domiciliar no âmbito do SUS, sendo gerada Autorização de Internação Hospitalar como forma de financiamento.

No ano de 2002, a Lei nº 10.424 acrescentou capítulo e artigo à Lei nº 8.080 de 1990, a qual estabeleceu a AD no âmbito do SUS como uma atividade a ser desenvolvida por equipes multidisciplinares com atuação nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O funcionamento e a estruturação dos serviços que prestam AD foram regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11 de 26 de janeiro de 2006 (CARVALHO, 2009).

No mesmo ano o Ministério da Saúde propôs a AD dividida entre duas modalidades específicas: a Assistência Domiciliar e a Internação Domiciliar por meio da Portaria nº 2.529. Esta instituiu a Internação Domiciliar no SUS como um conjunto de ações direcionadas a pessoas clinicamente estáveis que necessitavam de determinada intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que podiam ser mantidas em domicílio (BRASIL, 2012). Essa Portaria definiu que os serviços de Internação Domiciliar seriam formados por equipes mínimas de um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Cada equipe deveria estar referida a uma população mínima de 100.000 pessoas. Outros profissionais de nível superior poderiam estar em equipes matriciais que prestassem assistência a mais de uma equipe básica.

A atenção domiciliar possibilita a desinstitucionalização dos pacientes que estão internados em serviços secundários e terciários, além de evitar/prevenir hospitalizações a partir de pronto-atendimentos e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção no domicílio com um nível de complexidade acima do oferecido por estas equipes (BRASIL, 2012).

A Portaria definiu como meta para os serviços de Internação Domiciliar 30 internações/mês/equipe e média de permanência de 30 dias. Prioriza idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, de doenças com

cuidados paliativos e de incapacidade funcional provisória ou permanente. Não eram elegíveis usuários com ventilação mecânica, monitorização ou cuidados de enfermagem contínuos, necessidade de cirurgia ou exames diagnósticos de urgência, uso de medicação complexa, bem como paciente sem cuidador identificado. No entanto, essa Portaria nunca foi regulamentada.

Considerando a legislação anterior somada à Portaria nº 1.600 de junho de 2011, a qual ressaltou que a AD é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.029 em 24 de agosto de 2011, a qual instituiu a AD no âmbito do SUS, estabelecendo normas para habilitação e cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores para seu financiamento.

A Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 redefiniu a AD no SUS. Segundo essa portaria, a AD é um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças além de reabilitação prestada no domicílio. Essa Portaria considerou o SAD como substituto ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. O SAD gerencia as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). De acordo com a mesma, poderão ter SAD os municípios com mais de cem mil habitantes ou aqueles com mais de quarenta mil habitantes estando em área metropolitana. Cada EMAD deve ser composta por um ou dois médicos, um ou dois enfermeiros, três ou quatro técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta ou assistente social. Cada EMAP deve ser composta por pelo menos três profissionais, entre eles: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional.

A meta atual de pacientes acompanhados pela EMAD é de 60 por mês, com o trabalho organizado de forma horizontal por pelo menos 12h/dia de segunda a sexta-feira, incluindo cuidado em fim-de-semana e feriados. Além disso, traz importantes elementos de definição para a AD:

- Modalidade de atenção substitutiva ou complementar: pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da rede de atenção à saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das unidades básicas de saúde e do próprio hospital;

- As ações devem ser de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde;
- Continuidade do cuidado: a AD possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente, ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio;
- AAD é integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Representando um marco e um compromisso de que a AD é uma prioridade, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa no dia 08 de novembro de 2011. Neste contexto, foi publicada a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério de Minas e Energia) nº 630 de 08 de novembro de 2011. Esta Portaria institui o benefício Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), na qual a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha entre os seus membros portador de doença ou com deficiência cujo tratamento necessite de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica, terá redução ou até isenção de tarifa de energia elétrica baseada no consumo mensal dos equipamentos (BRASIL, 2013).

Em novembro de 2011 foi publicado o Manual Instrutivo do Programa Melhor em Casa com o objetivo de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde para auxiliar na elaboração do projeto e adesão ao Programa. Por fim, ressalta-se que o Melhor em Casa é um dos componentes das RUE e deve estar estruturado desta forma, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Segundo a Portaria nº 2527 de 2011, a AD é “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)”.

Feuerwerker e Merhy (2008) falam da desospitalização como um processo complexo com diferentes dimensões para a garantia do cuidado continuado centrado no paciente e nas necessidades da família. Alguns desafios se impõem de forma atrelada ao processo de alta do paciente; a grande quantidade de fármacos e

esquemas posológicos de difícil adesão; a falta de preparação adequada ao retorno no domicílio, insegurança de familiares. Diante disso, a Transição do Cuidado chega para efetivar o acesso a um sistema integrado em saúde garantindo a continuidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para Mendes (2008), as RAS são um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si e por uma missão única que permite ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenadas pela Atenção Primária em Saúde (APS).

A ênfase é implementar modelos que também focalizem as famílias como protagonistas desse processo, resgatando a participação dos membros e o entrosamento família/paciente/equipe e uma boa comunicação entre estes para que ocorra a participação nas tomadas de decisão frente às escolhas fundamentais no processo de gestão do cuidado em prol da qualidade do cuidado e de vida dos envolvidos. Neste seguimento, o enfoque na continuidade do cuidado deve ser mantido por meio das interfaces e comunicações entre todos os níveis de atenção, em consonância com as Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas estabelecidas no País. (MERHY; FEUERWERKER, 2008; BRASIL, 2012b; SIMÃO; MIOTO, 2016; SAGA et al., 2018).

A transição do cuidado:

A Transição do Cuidado (TC) é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes se transferem entre diferentes locais ou diferentes níveis de atendimento no mesmo local (Coleman, 2006). Desde então, o cenário do cuidado em saúde tem evoluído por diferentes mecanismos, com a disseminação do registro médico eletrônico, a atenção domiciliar e um maior impulso para a integração dos sistemas de saúde (Kansagara, 2016).

O processo inicia-se na admissão do paciente, abrangendo ações de planejamento de alta e educação em saúde do paciente e família, coordenação e

comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente e articulação com os demais serviços de saúde (HIRSCHMAN et al., 2015).

A transição do hospital para o domicílio pode expor os pacientes a eventos adversos durante o período pós-alta e acarretar em reinternações e maior custo ao sistema de saúde. Os déficits em comunicação na alta hospitalar são comuns e informações precisas sobre eventos hospitalares importantes geralmente são transmitidas de forma inadequada para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). (Mendes, 2012)

Tal processo de transição do cuidado dispensado do hospital para o domicílio altera a dinâmica e as relações familiares, sendo que a gestão do cuidado é parcial ou integralmente transferida para a família, ocasionando a sua sobrecarga física e emocional (CASTRO et al., 2018). Quando o cuidado é assumido apenas por um familiar, a atividade torna-se ainda mais desgastante, pois, muitas vezes, este é privado de satisfazer as suas próprias necessidades, comprometendo sua saúde, causando isolamento e perdas sociais (MOCELIN et al., 2017).

Somados às limitações de conhecimento, ao desgaste emocional e ao desempenho de novos papéis, estudos apontam como dificuldades vivenciadas pelo cuidador o enfrentamento da burocracia no SUS e outros entraves, como a falta de apoio profissional no âmbito domiciliar, a indisponibilidade de materiais e de equipamentos, entre outros (ANJOS; ZAGO, 2014; NEVES; CASTRO; COSTA, 2016).

Um conjunto de ações, Discharge bundles, como a educação do paciente, planejamento de alta estruturada, reconciliação de medicamentos e visitas de acompanhamento ou chamadas telefônicas após a alta são estratégias que oferecem apoio aos pacientes, facilitam a transferência de informações para os profissionais da APS e evitam reinternações (SOONG, 2013).

A transição do cuidado do SAD para a APS envolve a troca de informações entre as equipes e o compartilhamento do plano de cuidados ou PTS. Assim, deve-se pensar na desospitalização, como descrita por Feuerwerker e Merhy (2008), como espaço para o cuidado de modo ético-político, possibilitando que usuário, família e comunidade sejam participantes ativos do planejamento e da execução do cuidado em conjunto com a equipe, potencializando as novas práticas e as inovações do cuidar em saúde.

No PAD GHC a transição do cuidado se dá através das notas de alta com o histórico e evolução do paciente enquanto esteve internado e contato com a APS para discutir, alinhar condutas de saúde e encaminhar o caso; Encaminhamentos para a rede de saúde e reabilitação com atendimentos prévios antes da alta; Segurança de que o paciente teve acesso a insumos e medicamentos de uso contínuo; Confiança de que a família está instrumentalizada para o cuidado e o paciente está apto a seguir acompanhamento com a UBS de referência sem a necessidade de atendimento médico semanal;

Devido às circunstâncias de efetivação de uma transição de cuidados de qualidade durante a pandemia, os serviços de saúde pós-alta devem se adaptar às necessidades e limitações específicas identificadas para o atendimento de pacientes com COVID-19. Objetiva-se acelerar o processo de alta hospitalar e manter cuidados contínuos em domicílio para pacientes elegíveis. Este processo visa a redução de intercorrências clínicas e do risco de infecções hospitalares, além de oferecer suporte emocional e social para pessoas em estado grave ou terminal (e para familiares) e instituir o papel do cuidador (membro da família ou amigos, vizinhos, etc.). É uma forma de cuidado centrado na autonomia da pessoa e no resgate das habilidades em seu próprio domicílio (DUARTE,2005).

Desospitalizar, conforme Feuerwerker e Merhy 2008, significa considerar a complexidade desse processo e as diferentes dimensões que a constituem, sobretudo na garantia de um cuidado continuado centrado no paciente e nas necessidades da família, por intermédio de um trabalho multiprofissional em atendimento aos princípios do SUS.

Programa de Atenção Domiciliar: experiência do Grupo Hospitalar Conceição

O PAD foi criado em 2004 após pactuação do GHC com a Secretaria Municipal de Saúde para atender moradores da Zona Norte do município de Porto Alegre advindos da internação hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição e em 2013 se insere no Programa Melhor em Casa instituído no Brasil em 2011. A partir desse momento, o PAD passa a assumir a internação domiciliar da zona norte do município de Porto Alegre.

Tem como objetivo reduzir o número de reinternações hospitalares, diminuir os custos com a internação, diminuir o número de pacientes com infecção hospitalar, humanizar o cuidado do paciente, capacitar as famílias no cuidado e facilitar a continuidade do atendimento através da transição para a Atenção Básica.

Atualmente o PAD conta com seis equipes de atendimento adulto, uma equipe de atendimento pediátrico e uma equipe multiprofissional de apoio. As equipes básicas são compostas por um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem e a equipe de apoio é composta por quatro fisioterapeutas, duas nutricionistas, duas assistentes sociais, uma fonoaudióloga e um farmacêutico. Sua sede fica no térreo do Hospital Nossa Senhora da Conceição, onde realiza suas atividades administrativas e de planejamento do cuidado dos pacientes.

O PAD presta atendimento a uma população adstrita de aproximadamente 500.000 habitantes. Podem ser incluídos no programa todos os pacientes que estão internados em qualquer um dos hospitais de Porto Alegre e também indicados pela atenção básica.

A solicitação para acompanhamento no PAD é realizada através de consultorias externas e internas, solicitadas pelos hospitais ou por unidades de saúde via Programa Melhor em Casa. Para inclusão, o médico assistente ou enfermeiro solicita consultoria para o PAD, durante a internação do paciente ou conforme a necessidade de cuidado domiciliar a ser prestado. As equipes do PAD avaliam o paciente e, se houver critérios para inclusão, o termo de consentimento é oferecido e o serviço passa a ser prestado no dia seguinte à alta hospitalar.

Os pacientes elegíveis deverão preencher os seguintes critérios de inclusão:

- residir na área de abrangência
- ter um diagnóstico definido,
- estar clinicamente estável,
- ter um cuidador (em caso de pacientes dependentes),
- assinar o termo de consentimento, que versa sobre o aceite do acompanhamento, responsabilidades e normas do serviço.

Os pacientes admitidos no Programa têm acesso a medicamentos (enterais e parenterais), insumos médico-hospitalares (materiais de curativo, sondas, etc), dispositivos (cânulas de traqueostomia, cateteres), aparelhos portáteis (aspiradores de vias aéreas, nebulizadores, concentradores de O2 e fórmula de nutrição enteral

industrializada, entre outros. Além do acompanhamento médico, os pacientes recebem acompanhamento multiprofissional conforme suas necessidades.

Após um acompanhamento médio de 30 a 60 dias ou a critério da equipe, o paciente recebe alta do Programa através da transição do cuidado realizada para o serviço de atenção básica de referência e rede de saúde do município, buscando garantir a continuidade do cuidado. Essa transição é feita através da vinculação do paciente e a troca de informações com a atenção primária sobre os cuidados em saúde realizados para o paciente.

Os pacientes atendidos pelo PAD GHC em sua maioria são idosos, portadores de doenças crônicas e possuem como principais patologias: Acidente vascular Cerebral (AVC), Disfunções motoras e neurológicas pós internações prolongadas, Insuficiência Renal Crônica (IRC), Insuficiência Cardíaca (IC), Trombose e Neoplasias, além de apresentarem algumas comorbidades associadas, em sua maioria: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HAS), lesões por pressão (LP).

Em meados de agosto de 2020 o PAD passou a receber pacientes pós -covid egressos das internações hospitalares para reabilitação, com diversas comorbidades e sequelas advindas da doença e de internações prolongadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOSTAAM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução Diretoria Colegiada n. 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de janeiro de 2006 a,v 01, n 21, p. 78 Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/446684/dou-secao-1-30-01-2006-pg-78/pdfView>. Acesso em 10 jan. 2020
3. ANDRADE, A.M., Brito, M.J.M., Silva, K.L., Montenegro, L.C., Caçador, B.S. e Freitas, L.F. de C. 2013. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR. Revista Gaúcha de Enfermagem. 34, 2 (jul. 2013)
4. BRASIL. Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de março de 1998, n. 58, p. 106. Disponível em: <http://dtr200.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>. Acesso em 26/07/2022.
5. _____. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de Abril de 2002, n.72,p.1. Disponível em:<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/513285/dou-secao-1-16-04-2002-pg-1/pdfView>. Acesso em 13 jan. 2022.

6. BRASIL. PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de outubro de 2006b, n 202, p 145. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/738606/dou-secao-1-20-10-2006-pg-1/pdfView>. Acesso em 03/01/2022.
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
8. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20\(1\).pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20(1).pdf). Acesso em: 26 dez. 2019
9. _____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 jul. 2011d.
10. _____. Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério de Minas e Energia) nº 630 de 08 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.aneel.gov.br/cedoc/pri2011630.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.
11. _____. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 28 de outubro de 2011,n 208, p 44.Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1879586/dou-secao-1-28-10-2011-pg-44/pdfView>. Acesso em 10 jan. 2021.

12. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Acesso em 15 de janeiro de 2019.

13._____. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 07 /07/2020. BRASIL 2012a

14._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

15. CARVALHO, Luis Claudio de. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.

16. CASTRO, E. A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 39, p. 1-20, 201811.

17. DUARTE, Y.A.O.; DIOGO. M. J.D.E. Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

18. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7. doi: 10.1002/14651858. CD003318. pub3.

19. EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH).Expert Panel's reflection on priorities for the future of healthcare in the EU April 2019.

20. GUAN, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine, v. 382, p. 1708-1720, 2020.

21. HIRSCHMAN, K. B., Shaid, E., Bixby, M. B., Badolato, D. J., Barg, R., Byrnes, M. B., Naylor, M. D. (2015). Transitional care in the patient-centered medical home: Lessons in adaptation. *Journal of Healthcare Quality*. doi: 10.1097/01.JHQ.0000462685.78253.e8

22. Lê G. The impact of universal health coverage, people centred care and integrated service delivery on key health system outcomes: a literature review in support of the WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.

23. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Report No.: Vol.7: Care Coordination.

24. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(4 Supl 4):S3-11.

25. _____, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

26. _____, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

27. MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Artigo produzido para o Seminário Nacional de divulgação dos resultados da pesquisa Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes”. Disponível em: <http://www.medicina.ufjf.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/admedic>

alizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em 30 de dezembro de 2020.

28. MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 1., 2008, Rio de Janeiro. acesso em 30 de março de 2022.

29. MOCELIN, C. et al. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. Rev. Fun. Care Online, v. 9, n. 4, p. 1034-9, out./dez. 2017.

30. NEVES, A. C. O. J.; CASTRO, E. A. B.; COSTA, S. R. D. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. Cogitare Enferm., v. 21, n. 4, p. 01-10, out.-dez. 2016.

31. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-withchronic-conditions.-a-health-system-perspective>).

32. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011 (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-qualityand-save-money>).

33. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).

34. REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara e TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica

brasileira. *Ciência saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123.

35. SAVASSI, L. C. M, DIAS, M. F. Grupos de estudo em saúde da família. Módulo Visita Domiciliar, 2006. Acessado em 01 dez. 2012. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.

36. SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176. ISSN 0034-8910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020100001000

37. SOONG, CHRISTINE. MD1*, Stacey Daub, MBA2, Joseph Lee, MD, MCISc3, Cynthia Majewski 4, Emily Musing, RPh, BScPhm, MHSc5Peter Nord, MD6, Roy Wyman, MD6, G. Ross Baker, PhD7, Nick Zacharopoulos, BA, BEd8 Chaim M. Bell, MD, PhD1Development of a Checklist of Safe Discharge Practices,*Journal of Hospital Medicine* Vol 8 | No 8 | August 2013

38. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: condições pós-COVID-19. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800> Acesso em: “dia 07/09/2022.

39. WEBER LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

ARTIGO

A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES PÓS - COVID ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RESUMO

Buscou-se como objetivo principal deste estudo analisar a efetividade da transição do cuidado do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição - PAD/GHC de pacientes em reabilitação pós-covid através do retorno dos pacientes para atendimentos nos serviços de atenção primária e rede de saúde. Como metodologia foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa em 145 pacientes pós covid que receberam alta do PAD no período de março de 2020 a março de 2022. Utilizou-se um questionário social e clínico como instrumento específico de coleta. As análises estatísticas foram realizadas no Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0 e foram considerados significativos valores de $P < 0,05$. Os resultados apresentaram um número semelhante de homens e mulheres, com idade média de 61 anos, apresentando comorbidades e doenças crônicas prévias como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças pulmonares. Os cuidadores foram em sua maioria do sexo feminino (64,8%) e os principais motivos para a internação no PAD foram a reabilitação motora e o monitoramento clínico. Os profissionais da fisioterapia e da fonoaudiologia foram os que mais tiveram demandas com os pacientes. O encaminhamento para reabilitação no município e o contato prévio do PAD com a APS foram significativamente associados com o atendimento após alta na APS (70,4%). Conclui-se que para os pacientes que já tinham atendimento prévio para controle de diabetes e hipertensão arterial na APS e aqueles em que foram realizados contatos prévios do PAD para APS e encaminhados para reabilitação houve uma maior aproximação entre paciente/familiar e a APS. Tais instrumentos de aproximação reforçam que a comunicação interprofissional é um dos principais elementos da transição do cuidado, possibilitando o cuidado integral em saúde.

Palavras chaves: cuidados de transição; assistência domiciliar; sistema único de saúde; COVID-19; redes de atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

Com a pandemia de COVID-19 iniciada em março de 2020, o Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) passou a receber pacientes pós internação hospitalar para reabilitação e monitoramento clínico. Após um período médio de internação no Programa (50 dias) é realizada a transição do cuidado para a atenção primária em saúde (APS). Conforme Acosta (2018), processos de transição de cuidado adequados podem influenciar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as taxas de reinternações hospitalares desnecessárias.¹ O PAD foi criado em 2004 após pactuação do GHC com a Secretaria Municipal de Saúde para atender moradores da Zona Norte do município de Porto Alegre advindos da internação hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição e em 2013 se insere no Programa Melhor em Casa instituído no Brasil em 2011. A partir desse momento, o PAD passa a assumir a internação domiciliar da zona norte do município de Porto Alegre. O Programa tem como objetivo reduzir o número de reinternações hospitalares, diminuir os custos com a internação, diminuir o número de pacientes com infecção hospitalar, humanizar o cuidado do paciente, capacitar as famílias no cuidado e facilitar a continuidade do atendimento através da transição para a APS. Segundo a Portaria nº 2527 de 2011, a AD é “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)”.² Observando os impactos de saúde causados em pacientes recuperados da COVID-19 no Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição - PAD/GHC trazemos a importância da transição de cuidado como instrumento principal para a continuidade do cuidado pela atenção primária em saúde (APS) e a rede de atenção à saúde (RAS) na perspectiva de cuidado integral e longitudinal do paciente.

Destaca-se que a articulação entre os serviços da rede de atenção à saúde é fator importante para assegurar o acompanhamento após a alta e a continuidade dos cuidados. Medeiros (2015) traz que a contrarreferência para a unidade de referência do indivíduo é essencial para que seja garantida uma transição de cuidado adequada na alta hospitalar.³

Dessa forma, o presente estudo busca analisar a transição do cuidado do PAD através da vinculação dos pacientes a serviços de saúde assegurando continuidade de cuidado em pacientes recuperados da COVID-19 que necessitaram de intervenções domiciliares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória retrospectiva através de um estudo de coorte realizado em Porto Alegre, utilizando as informações referentes aos atendimentos realizados no PAD durante o acompanhamento dos pacientes que tiveram internações no PAD/GHC.

O estudo foi composto por todos os pacientes adultos que tiveram COVID-19 anterior à internação domiciliar e tiveram alta do PAD, de agosto de 2020 a março de 2022. Foram excluídos do estudo outros pacientes internados no PAD sem internação hospitalar anterior por motivo de COVID-19, que receberam alta do serviço de agosto a março de 2022 e pacientes internados no PAD com internação anterior por motivo de COVID-19 que ainda não tinham recebido alta do serviço no mesmo período. Foi utilizado instrumento específico para a coleta de dados (APÊNDICE I).

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, através de levantamento de dados nos prontuários dos pacientes, em caráter retrospectivo, dos pacientes que já haviam tido alta do PAD e os atendimentos dos pacientes nas UBS foram pesquisados através do sistema GERCON da prefeitura municipal de Porto Alegre.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram calculadas as estatísticas descritivas média e desvio padrão para as variáveis quantitativas paramétricas, mediana e amplitude interquartil para as variáveis quantitativas não paramétricas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. A normalidade das variáveis foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os testes T de Student (variáveis quantitativas paramétricas), Mann-Whitney (variáveis quantitativas não paramétricas), Qui-quadrado e Exato de Fischer (variáveis categóricas) foram empregados para comparar os pacientes com e sem atendimento na APS após a alta do PAD.

As análises estatísticas foram realizadas no Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0 e foram considerados significativos valores de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Foram incluídos 145 pacientes no presente estudo, sendo cerca de metade da amostra composta por mulheres (51,7%) e a maioria casada (39,3%). A média de idade foi igual a $61,0 \pm 15,0$ anos, e 43,4 % da amostra apresentou idade igual ou superior a 60 anos. A informação acerca da renda não estava disponível para a maioria dos pacientes (52,4%). O total de 26,2% ($n = 38$) dos pacientes eram ativos para o trabalho antes da internação, 40,7% inativos ($n = 59$), enquanto que essa informação não estava disponível para os demais.

Filha (31,0%) e esposa (17,2%) foram as cuidadoras mais frequentes dos pacientes incluídos no presente estudo, os quais permaneceram internados no PAD por um período mediano de 51 dias.

Mais da metade da amostra apresentou como CID principal registrado o COVID-19, sendo a reabilitação motora (15,9%) e o monitoramento clínico (14,5%) isolados ou em combinação (22,1%) os principais motivos para internação no PAD, conforme apresentado na **Tabela 1**.

No que diz respeito ao diagnóstico de doenças crônicas, 13,1% ($n = 19$) dos pacientes eram cardiopatas, 11% ($n = 16$) tinham história de acidente vascular

cerebral, 32,4% (n = 47) tinham diabetes melito tipo 2, enquanto que 17,2% (n = 25) eram portadores de doenças pulmonares e 66,9% (n = 97) de hipertensão. Cerca de 1/4 da amostra era obesa (n = 38; 26,2%), 12 pacientes tinham hipotireoidismo (8,3%) e 33,1% (n = 47) apresentavam lesão por pressão. Ainda, 13 pacientes apresentavam trombose venosa periférica (9,0%).

Tabela 1. Características gerais da amostra (n = 145 pacientes)

Característica	Estatística descritiva
Idade (anos)	61,0±15,0
Sexo feminino	75 (51,7%)
Estado civil	
Solteiro	21 (14,5%)
Casado	57 (39,3%)
União estável	10 (6,9%)
Separado/ Divorciado	23 (15,9%)
Viúvo	34 (23,4%)
Renda	
Sem renda	12 (8,3%)
Até 1 salário mínimo	40 (27,6%)
2 - 3 salários mínimos	17 (11,7%)
Sem informação	76 (52,4%)
Motivo de internação	
Reabilitação motora	23 (15,9%)
Reabilitação pulmonar	8 (5,5%)
Monitoramento clínico	21 (14,5%)
Reabilitação motora e pulmonar	9 (6,3%)
Reabilitação motora e monitoramento clínico	32 (22,1%)
Reabilitação motora e manejo de lesão por pressão (LP)	16 (11,0%)
	7 (4,8%)

Reabilitação pulmonar e monitoramento clínico	7 (4,8%)
Reabilitação pulmonar, monitoramento clínico e manejo de LP	10 (15,1%)
Outros	
CID principal	
COVID	82 (56,6%)
Sequelas de doenças infecciosas	14 (9,7%)
Úlcera de decúbito	6 (4,1%)
Desordens pulmonares ¹	11 (7,6%)
Doenças infecciosas ²	6 (4,1%)
Doenças neurológicas ³	9 (6,2%)
Outras	17 (11,7%)
Cuidador	
Filho/ Filha	7 (4,8%) / 45 (31,0%)
Esposo/ Esposa	12 (8,3%) / 25
Pai/ Mãe	(17,2%)
Irmão/ Irmã	2(1,4%) / 9 (6,2%)
Neto/ Neta	1 (0,7%) / 9 (6,2%)
Sobrinho/ Sobrinha	0 (0%) / 1 (0,7%)
Vizinhos	1 (0,7%) / 5 (3,5%)
Profissional contratado	1 (0,7%)
Não informado	2 (1,4%)
Outros (genro, primo, prima)	22 (15,2%)
	3 (2,0%)
Tempo de permanência (dias)	51 (30 - 81)

¹ Doença pulmonar obstrutiva crônica/ Insuficiência respiratória/ Pneumonia/ embolia pulmonar/ derrame pleural; ² Síndrome da Imunodeficiência adquirida, infecção de pele e tecido, infecção de trato urinário, infecção não especificada, encefalite; ³ Acidente vascular cerebral, demência, sequela de acidente vascular cerebral.

Dados apresentados em média± desvio padrão, mediana (amplitude interquartil) e frequência absoluta (frequência relativa).

Tabela 2. Frequência de cada tipo de assistência prestada aos pacientes durante o período de permanência no PAD.

Tipo de assistência	Estatística descritiva
Fisioterapia	132 (91,0%)
Fonoaudiologia	138 (95,2%)
Nutrição	87 (60,0%)
Serviço social	51 (35,2%%)
Insumos e cuidado	
Sonda vesical de demora	5 (3,4%)
Fraldas	20 (14,2%)
Sonda nasointestinal	11 (7,6%)
Oxigenoterapia	22 (15,2%)
Traqueostomia	16 (11,0%)
Ventilação mecânica	1 (0,7%)

Dados apresentados em frequência absoluta (frequência relativa).

A maioria dos pacientes recebeu alta melhorada do PAD ($n = 129$; 89,0%), enquanto que dez pacientes reinternaram (6,2%) e quatro faleceram (2,8%). Dois pacientes receberam alta administrativa. Dentre os contatos realizados com a rede, a maioria foi com a APS ($n = 90$; 62,7%). Para 10 pacientes foi realizado contato com o CRAS. Em 45 (31%) prontuários essa informação não estava disponível.

Cerca de 1/4 dos pacientes ($n = 37$; 25,5%) já eram acompanhados pela APS previamente à internação no PAD, sendo que a maioria tem CID de doença crônica não transmissível. Cerca de metade ($n = 72$; 49,7%) dos pacientes receberam atendimento na APS durante a internação no PAD, enquanto que 67,6% ($n = 98$) da

amostra receberam atendimento na APS após a alta. Dentre estes, 27 (27,6%) já eram acompanhados previamente à internação no PAD pela APS.

No que diz respeito ao tempo para tal atendimento, 34 (34,7%) pacientes tiveram atendimento na APS após 30 dias, 20 (20,4%) pacientes entre 30 e 60 dias, enquanto que isso ocorreu após 90 dias para 44 (44,9%) pacientes, ou seja, quase 50% da população só recebeu atendimento na APS após 90 dias.

A **Tabela 3** apresenta a frequência de pacientes atendidos em cada UBS, sendo as Unidades do IAPI e Santa Rosa as que atenderam maior número de pacientes após a alta do PAD. A mediana do número de atendimentos foi igual a 3 (0 - 5).

Para 68 pacientes a informação acerca da continuidade do cuidado clínico especializado estava disponível e ocorreu no ambulatório de reabilitação para a maioria dos pacientes (n = 29; 42,6%), no ambulatório de cardiologia para cinco pacientes (7,4%) e de pós-COVID para quatro pacientes (5,9%) e na hemodiálise para três pacientes (4,4%). O ambulatório da pneumologia e de controle de anticoagulação deram continuidade ao cuidado de dois pacientes cada, enquanto que os demais pacientes (n = 23) tiveram a continuidade do cuidado por diferentes ambulatórios/ setores.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de pacientes atendidos em cada UBS após a alta do PAD.

UBS	Frequência de pacientes atendidos
IAPI	10 (6,9%)
Santa Rosa	10 (6,9%)
Elizabeth	8 (5,5%)
Conceição	7 (4,8%)
Chácara	6 (4,1%)
Timbauva	6 (4,1%)
Ramos	6 (4,1%)
Nova Brasília	6 (4,1%)
Batista Flores	5 (3,4%)

Leopoldina	4 (2,8%)
Floresta	4 (2,8%)
Nova Gleba	4 (2,8%)
São Cristóvão	4 (2,8%)
Santa Fé	4 (2,8%)
Sarandi	4 (2,8%)
Sesc	3 (2,1%)
Fradique Vizeu	3 (2,1%)
Coinma	3 (2,1%)
Aparecida	3 (2,1%)
Rubem Berta	3 (2,1%)
Beco dos Coqueiros	3 (2,1%)
Jardim Itu	3 (2,1%)
Passo das Pedras	3 (2,1%)
Assis Brasil	2 (1,4%)
Costa e Silva	2 (1,4%)
Divina Providência	2 (1,4%)
Outras	23 (15,9%)

Dados apresentados em frequência absoluta (frequência relativa).

Na **Tabela 4** é apresentada uma comparação dos pacientes com e sem atendimento na APS após a alta do PAD. A idade e o sexo dos pacientes não foram associados à presença de atendimento após a alta do PAD. Maior frequência de Diabetes Mellitus e de hipertensão foi evidenciada no grupo de pacientes com atendimento na APS em comparação àqueles sem atendimento. No que diz respeito ao tipo de cuidado prestado durante a permanência no PAD, a fisioterapia foi o cuidado que esteve associado aos pacientes terem atendimento na APS após a Alta. O tempo de permanência no PAD não foi associado com o atendimento na APS após a alta. O cuidador ($p = 0,389$) e a renda ($p = 0,435$) também não foram diferentes entre pacientes com e sem atendimento na APS após a alta.

Tabela 4. Características associadas ao atendimento na APS após a alta do PAD.

	Com atendimento na APS após a alta (n = 98)	Sem atendimento na APS após a alta (n = 47)	Valor P
<i>Características gerais</i>			
Idade	59,3±18,8	61,7±12,9	0,445 ¹
Sexo feminino	51,0%	41,3%	0,363 ²
Estado civil (casado)	41,8%	34,8%	0,938 ²
Ativo para o trabalho	25,5%	28,3%	0,242 ²
Acompanhamento prévio na APS	27,6%	19,6%	0,409 ²
Tempo de permanência no PAD	50,0 (30,0 - 81,0)	59,5 (27,0 - 82,8)	0,969 ³
<i>Características clínicas</i>			
Obesidade	28,9%	21,7%	0,485 ²
Diabetes Melito tipo 2	39,8%	17,4%	0,013²
Hipertensão	76,5%	45,7%	<0,001²
Acidente vascular cerebral	14,3%	4,3%	0,093⁴
Doenças pulmonares	16,5%	17,4%	1,000 ²
Polineuropatia	45,4%	37,0%	0,442 ²
Cardiopatias	10,2%	17,4%	0,344 ²

Lesão por pressão	36,8%	26,1%	0,280 ²
<i>Cuidados prestados durante a permanência no PAD</i>			
Oxigenoterapia	16,3%	10,9%	0,541 ²
Traqueostomia	13,3%	6,5%	0,271 ²
Sonda nasointestinal	8,2%	6,5%	1,000 ²
Sonda vesical de demora	3,1%	4,3%	0,655 ⁴
Fraldas	11,7%	19,6%	0,321 ²
<i>Assistência multiprofissional prestada durante a permanência no PAD</i>			
Fisioterapia	96,9%	78,3%	0,001²
Fonoaudiologia	25,0%	17,1%	0,428 ²
Nutricionista	66,0%	50,0%	0,098 ²
Serviço social	37,9%	34,1%	0,808 ²

¹ Teste t de Student. ² Teste Qui-quadrado. ³ Teste de Mann-Whitney. ⁴ Teste Exato de Fisher. Dados apresentados em média± desvio padrão, mediana (amplitude interquartil) e frequência absoluta (frequência relativa).

Na tabela 5 e 6 podemos visualizar a diferença entre pacientes que tiveram contato realizado pelo PAD com a APS e pacientes sem contato prévio com a APS em relação aos atendimentos na APS pós alta.

Tabela 5. Pacientes com atendimento na APS após alta PAD (n=98)

Sem contato prévio (21)	21,4%
Com contato prévio (69)	70,4%
Com contato em outras instâncias (8)	8,2%

Tabela 6. Pacientes sem atendimento na APS pós alta do PAD (n= 47)

Sem contato prévio (25)	52,2 %
Com contato prévio (20)	43,5%
Com contato em outras instâncias (2)	4,3%

Teste qui-quadrado

O contato prévio do PAD com a APS foi significativamente associado com o atendimento após alta na APS.

DISCUSSÃO

Os pacientes foram encaminhados em sua maioria através de internações hospitalares corroborando sobre o principal motivo da internação no PAD ser a reabilitação motora e o monitoramento clínico. Em consonância com esse resultado está um estudo realizado na UFRGS em 2021, no setor de pós graduação em epidemiologia e telessaúde, que traz como uma das principais sequelas do COVID-19 a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos. Conforme o estudo, as principais complicações em pacientes pós-cuidados intensivos incluem descondicionamento físico e respiratório, perda de massa muscular com fraqueza muscular, redução da mobilidade, redução da função pulmonar, desnutrição, problemas de deglutição, polineuropatia, lesões de decúbito, distúrbios do sono, déficits cognitivos e condições psiquiátricas. Além disso, eventualmente podem ocorrer contraturas articulares, principalmente em cotovelos e tornozelos, como complicação da imobilidade prolongada.⁴

Para o manejo adequado, é essencial a reabilitação com equipe multidisciplinar conforme os déficits apresentados. Fisioterapia motora ou respiratória, nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional podem ser necessárias para prover a melhora da funcionalidade e qualidade de vida desses pacientes.⁴

Na questão sobre o cuidador chamamos a atenção pelo maior número de cuidadoras serem mulheres, totalizando quase dois terços dos cuidadores. Montenegro (2017) em sua tese de doutorado traz que o cuidado está imputado sobre a mulher historicamente e está vinculado a não valorização do trabalho feminino.⁵ Para Vasconcelos (2009) a divisão sexual do trabalho se manifesta através da relação do trabalho remunerado e não remunerado na qual as noções de

“homem provedor” e “mulher cuidadora” e das mulheres como força de trabalho são reforçadas. Há nesse campo uma valorização de atividades consideradas tipicamente masculinas e a desvalorização de atividades consideradas tipicamente femininas, como a tarefa de cuidar.⁶

Cisne e Santos reforçam o mesmo argumento da compreensão das desigualdades entre os sexos incluindo além da discussão do patriarcado a divisão sexual e racial do trabalho e relações sociais de sexo.⁷

No tange as comorbidades apresentadas a maioria dos pacientes tinham, respectivamente, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças pulmonares e obesidade. Em uma revisão integrativa realizada em 2020, pela Secretaria de Saúde do Recife, foram pontuadas como principais comorbidades apresentadas por pacientes com COVID-19 no mundo, as cardiopatias, hipertensão arterial, os problemas respiratórios e as variações de diabetes. Conforme tal estudo, todas essas doenças crônicas estavam presentes nos quadros de agravamento da covid.⁸ Um grande estudo publicado pelo Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças, com dados de 44.672 casos confirmados do COVID-19, relatou mortalidade de 2,3%. As comorbidades mais frequentes nos pacientes que evoluíram a óbito foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular e idade acima de 70 anos . (CDC,2020)¹⁴ Desta forma, os dados apontam para uma população mais suscetível ao risco de agravamento da doença e com sequelas mais graves.

Sobre o retorno dos pacientes aos atendimentos na atenção primária e em outros pontos da rede, os pacientes retornaram para atendimento na APS quando repassados os casos em contato prévio de uma equipe para outra, enfatizando ao paciente e ao familiar que este cuidado segue em diferentes momentos e por diferentes apoios. Dos 145 pacientes selecionados no estudo, 98 retornaram para acompanhamento na APS, sendo que 69 destes pacientes retornaram após contato prévio do PAD para APS. No entanto, diversos estudos indicam que a integração e a articulação entre serviços de saúde é, ainda, um grande desafio da rede de atenção à saúde¹⁰ conforme corroborado por este estudo. A OMS indica o enfoque do aumento da comunicação e coordenação entre os diferentes cuidados. O aprimoramento de relacionamentos e comunicação deve estar associado nas estratégias para melhorar a comunicação entre pacientes/usuários da saúde,

prestadores de cuidados e entre organizações; em listas de verificação e instruções escritas sobre a transição para os pacientes/usuários, familiares e cuidadores.¹¹

Assim, Weber (2015) refere sobre a importância da coordenação da comunicação permanente para uma boa qualidade da transição. Para uma comunicação efetiva, identifica a relação entre os profissionais do mesmo local, com outros serviços e com pacientes/usuários e familiares de modo claro, objetivo e sem uso de termos técnicos.¹²

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo a população com doenças crônicas é mais suscetível ao risco de agravamento da doença COVID-19 e o aparecimento de sequelas mais graves, entretanto, o nível de recuperação dos pacientes foi satisfatório, com cerca de 90% da população assistida com alta melhorada para a APS.

Nesse sentido, acredita-se que a Atenção Domiciliar pode contribuir, de forma significativa, na Rede de Atenção à Saúde como tecnologia de grande potencial para auxiliar na desospitalização de pacientes acometidos pela covid, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, acelerando a liberação de leitos e evitando reinternações com segurança e efetividade.

O estudo conseguiu mapear o perfil clínico dos pacientes pós COVID-19 acompanhados pelo PAD de forma satisfatória e permitirá que novos estudos sejam desenvolvidos a partir dos resultados.

No estudo pode-se identificar também que a maioria dos pacientes que tiveram o contato pré-alta realizado pela equipe retornaram para acompanhamento posterior na atenção primária e seguiram os encaminhamentos orientados pela equipe de atenção domiciliar, corroborando que processos de transição de maior qualidade acontecem à medida que ocorram as trocas de informações e de conhecimentos através do contato direto entre os profissionais envolvidos no cuidado. Assim, a Transição do Cuidado em saúde parte da articulação dos profissionais e conexões entre os diversos serviços.¹³

Uma das grandes potencialidades desse estudo foi permitir a abertura para novas investigações de rede e a qualificação do processo de transição de cuidado.

Sugere-se que ações de conhecimento da transição do cuidado sejam realizadas e perpassadas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis de cuidado para que se efetive a transferência de responsabilidade do cuidado e o protagonismo dos pacientes e familiares na busca por melhores condições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTAAM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso 05/09/22.
2. BRASIL. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 28 de outubro de 2011,n 208, p 44.Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1879586/dou-secao-1-28-10-2011-pg-44/pdfView>. Acesso em 10 jan. 2021.
3. MEDEIROS CRG, Gerhardt TE. Evaluation of theHealth Care Network in small towns from the perspective of management teams. Saúde debate [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Feb 11]; 39(spe):160-170. Doi: 10.5935/0103-1104.2015S005201. Acesso em 07/09/2022.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Tele Condutas: condições pós-COVID-19. Porto Alegre: Telessaúde RS - UFRGS, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800> Acesso em: “dia 05/09/22.

5. MONTENEGRO, R.C.F. Idosos em situação de dependência: quem cuida? Elementos para o debate. 2017. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.
6. VASCONCELOS, M. Responsabilidades Familiares. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Revista do Observatório da Igualdade de Gênero, Brasília, 2009.
7. CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2018. (Biblioteca Básica do Serviço Social, 8)
8. The common core principles for working with carers. Skills for Care; 2012 (<http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Carers/Common%20core%20principles%20for%20working%20with%20carers.pdf>)
9. FEITOZA, Thercia. Comorbidades e COVID-19: Uma revisão integrativa. Interfaces. Recife/PE, Vol 8, n.3, p 711-723, Out, 2020.
10. MELO D.F., CRISCUOLO MBR, VIEGAS SMF. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. Rev Fund Care Online [Internet]. 2016 Oct/Dec [cited 2018 Feb 12]; 8(4):4986-4995. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995
11. WEBER, L. A. F. Avaliação da Transição do Cuidado de Pacientes com Doenças Crônicas do Hospital para o Domicílio. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado). UFRGS, Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180541>.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272v>.
13. PROTASIO, APL; Silva PB; Lima EC; Gomes LB; Machado LS; Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. Saúde debate [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 Feb 12]; 38(spe):209-220.Doi::

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020;41(2):145-51. China, 202. China CDC Weekly.2020,2(8):113-122.

FONTES DE FINANCIAMENTO

A pesquisadora utilizou fontes de financiamento próprias.

CONFLITOS DE INTERESSE

A pesquisadora declara não ter conflito de interesses no estudo.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo justifica-se frente a inquietação da pesquisadora em saber se os pacientes egressos de internações prolongadas por COVID-19 acompanhados pelo PAD seguiam o acompanhamento na rede de saúde através da transição do cuidado e mostrou-se com resultado satisfatório à medida que revela que os pacientes que tiveram seus casos discutidos ou contatados pelo PAD na pré alta para a rede de atenção à saúde, na sua maioria, seguiram tal acompanhamento.

Conhecer o perfil dos usuários e se os usuários retomaram acompanhamento na atenção primária possibilita que mais estudos possam ser desenvolvidos. Os dados demonstraram que a população estudada são de pacientes em condições crônicas de doença que ao entrar em contato com o vírus da SARS-Cov-2 acometeram-se com mais gravidade causando sequelas maiores. O estudo, entretanto, permitiu revelar a potência da atenção domiciliar na maioria dos casos, com alta melhorada para a APS de cerca de 90% da população assistida.

Nesse sentido, acredita-se que a Atenção Domiciliar pode contribuir, de forma significativa, na Rede de Atenção à Saúde como tecnologia de grande potencial para auxiliar na desospitalização de pacientes acometidos pela COVID-19, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, acelerando a liberação de leitos e evitando reinternações com segurança e efetividade.

Os dados revelaram curiosamente que a maioria dos pacientes que segue com a continuidade do cuidado na APS se dá em torno de três meses após a alta e sugere que novos estudos possam ser realizados a partir desse resultado.

O estudo reforça que a comunicação é ferramenta importante na transição do cuidado para aproximar a Rede de atenção à Saúde pois permitiu identificar que a maioria dos pacientes que tiveram o contato pré-alta realizado pela equipe retornaram para acompanhamento posterior na atenção primária e seguiram os encaminhamentos orientados pela equipe de atenção domiciliar, corroborando que processos de transição de maior qualidade acontecem à medida que ocorrem as trocas de informações e de conhecimentos através do contato direto entre os profissionais envolvidos no cuidado. Assim, a Transição do Cuidado em saúde parte da articulação dos profissionais e conexões entre os diversos serviços.¹² O PAD por ser um serviço de transição tem um grande potencial de vincular e aproximar a

população dos serviços de atenção primária para dar continuidade do cuidado e a não reinternação do paciente.

Entre as dificuldades encontradas no estudo sobressai-se a própria pandemia de covid e o seu entorno, permeado de instabilidade, insegurança e tensão que não permitiu que fosse realizado questionário para coleta de dados primários com os pacientes e familiares, obrigando a uma adaptação e redesenho do estudo.

Espera-se que novos estudos possam surgir a partir destes resultados e que o tema transição do cuidado seja cada vez mais trabalhado com os diversos pontos de atenção à saúde, na busca de um cuidado em saúde integral e de qualidade para os pacientes do SUS.

APÊNDICE E ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- b. Normas para publicação na revista
- c. Ficha de pesquisa

**HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES PÓS - COVID ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: JANAINA DO AMARANTE RICARDO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59768622.6.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.616.610

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo é descrever a transição do cuidado dos pacientes pós covid acompanhados pelo PAD/GHC para a rede de atenção à saúde, no período de março de 2020 a março de 2022. O estudo foi motivado pela ausência de trabalhos semelhantes em serviços de Atenção Domiciliar no país e pela possibilidade de qualificar a transição do cuidado realizada em pacientes pós covid acompanhados pelo PAD. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, através de um estudo transversal. A pesquisa será realizada em Porto Alegre, na área de abrangência do PAD/GHC, através de levantamento de dados dos prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes elegíveis para o estudo, adultos acometidos pela COVID 19 anterior à internação domiciliar e tiveram alta do programa, no período de março de 2020 a março de 2022. Este estudo possibilitará identificar lacunas e potências no trabalho em rede de pacientes acometidos pela covid19 e ampliar o conhecimento sobre transição do cuidado do paciente contribuindo com a produção de conhecimento científico relacionado a transição de cuidado na Atenção Domiciliar no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo Geral

Analisar a transição do cuidado dos pacientes pós covid acompanhados do PAD GHC para a rede

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

de atenção à saúde no período de março de 2020 a março de 2022

1.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil clínico e social dos pacientes pós COVID 19 acompanhados pelo PAD.

Descrever as demandas sociais e assistenciais desses atendimentos à equipe multiprofissional do PAD/GHC.

Descrever os encaminhamentos e fluxos realizados para a rede de atenção à saúde.

Analisar a ocorrência do atendimento nas Unidades de Atenção Primária em Saúde de referência após alta do PAD e sua associação com as características dos pacientes e seu perfil clínico e social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta os seguintes riscos:

Quebra de confidencialidade

Exposição dos dados do banco de dados.

Com relação aos riscos este estudo oferece risco mínimo pois não serão coletados dados que caracterizam os usuários para evitar possível exposição, por exemplo, nome, CPF, carteira de identidade, endereço. Os fluxos de trabalho não serão alterados de forma que a realização da pesquisa não implicará em mudanças de prática do serviço. Os dados coletados somente serão utilizados para fins acadêmicos e somente ao projeto ao qual se vinculam.

O uso da tecnologia de informação e o trânsito de pessoas estranhas ao projeto no ambiente em que estará sendo realizada a coleta de dados pode facilitar a quebra de princípios bioéticos de privacidade e confidencialidade das informações coletadas para a pesquisa. Assim, as informações obtidas nos documentos serão armazenadas em um banco de dados, o qual somente a pesquisadora terá acesso. Este banco será salvo em drive do pesquisador responsável para evitar perdas. Desta forma os dados não ficarão expostos no local da pesquisa. Além disso, a pesquisadora é profissional de saúde que recebeu, em sua formação, princípios éticos para a prática profissional, que constam em seu código de ética. Portanto, a pesquisadora se compromete a manter o sigilo, a privacidade e a confidencialidade de todas as informações e dados coletados. Declara que conhece e cumprirá as normas vigentes expressas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e em suas complementares. Na ocorrência de risco eventual, a pesquisadora irá se reunir com a orientadora para discutir a melhor conduta a ser tomada e irá comunicar o comitê de ética e o local da pesquisa.

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

Benefícios:

Este estudo possibilitará identificar o perfil clínico de pacientes acompanhados pela atenção domiciliar, assim como, identificar lacunas e potências no trabalho em rede de pacientes acometidos pela covid19 e ampliar o conhecimento sobre transição do cuidado entre os pontos de atenção da rede de saúde.

Contribuirá com a produção de conhecimento científico relacionado a transição de cuidado na Atenção Domiciliar no Brasil e em relação a reabilitação de pacientes pós covid através da internação domiciliar. Além disso, com o resultado da pesquisa, a população se beneficiará da oferta de um cuidado mais qualificado e atento às demandas do paciente, a medida que através do conhecimento e avaliação das ações de transição do cuidado possibilitar-se-á a promoção de acesso, vínculo, integralidade e a humanização da AD, e o resgate de vínculos fragilizados com a atenção primária em saúde.

Para o PAD, através do conhecimento das ações realizadas para continuidade do acompanhamento na rede básica de saúde poderemos saber se a transição do cuidado tem sido efetiva para a população e com isso o serviço poderá estar revendo sua atuação na transição do cuidado e pensar em melhorias para organizar os processos de transição com o objetivo de prevenir reinternações.

Por fim, para a instituição GHC, que tornou-se referência em atenção domiciliar no Brasil, oportunizar-se-á uma nova linha de pesquisa, a formação de recursos humanos mais qualificados e a educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em carta resposta, as 3 pendências indicadas foram sanada conforme segue abaixo:

O estudo será realizado apenas com informações referentes aos atendimentos realizados no PAD durante o acompanhamento dos pacientes e será verificada a ocorrência dos atendimentos em outros pontos da rede após a alta por meio de registro no sistema de referência do GHC.

Os pacientes não têm seus nomes e não terão o número de registro do ghc identificados e publicados, apenas suas informações clínicas para fins desta pesquisa. Será garantido o zelo pelo sigilo dos dados coletados e a guarda adequada das informações coletadas.

Assumir-se-á, pela pesquisadora, o compromisso de após a coleta e categorização dos dados, excluir a tabela das informações coletadas em nuvem ou outro dispositivo eletrônico para que não

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

possa ser extraviado ou usado de forma indevida por outras pessoas, bem como, a pesquisadora assume o compromisso de que não será publicado nenhum nome ou inicial de participante ou número de registro em sistema GHC ou qualquer outra informação que permita a identificação individual do paciente.

Os dados da coleta ficarão guardados com a pesquisadora pelo período de 5 anos e logo após serão excluídos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA:

Critérios de inclusão:

O estudo será composto por uma amostra de conveniência de todos os pacientes adultos acompanhados pelo PAD que tiveram COVID 19 anterior à internação domiciliar e tiveram alta do programa, no período de março de 2020 a março de 2022.

Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo:

Pacientes menores de 18 anos.

Pacientes internados no PAD SEM INTERNAÇÃO ANTERIOR por motivo de covid 19, que receberam alta do serviço de março de 2020 a março de 2022.

Pacientes internados no PAD com internação anterior por motivo de covid 19 que NÃO receberam alta do serviço de março de 2020 a março de 2022.

RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Riscos:

A pesquisa apresenta os seguintes riscos:

Quebra de confidencialidade

Exposição dos dados do banco de dados.

Com relação aos riscos este estudo oferece risco mínimo pois não serão coletados dados que caracterizam os usuários para evitar possível exposição, por exemplo, nome, CPF, carteira de identidade, endereço. Os fluxos de trabalho não serão alterados de forma que a realização da pesquisa não implicará em mudanças de prática do serviço. Os dados coletados somente serão utilizados para fins acadêmicos e somente ao projeto ao qual se vinculam.

O uso da tecnologia de informação e o trânsito de pessoas estranhas ao projeto no ambiente em

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

que estará sendo realizada a coleta de dados pode facilitar a quebra de princípios bioéticos de privacidade e confidencialidade das informações coletadas para a pesquisa. Assim, as informações obtidas nos documentos serão armazenadas em um banco de dados, o qual somente a pesquisadora terá acesso. Este banco será salvo em drive do pesquisador responsável para evitar perdas. Desta forma os dados não ficarão expostos no local da pesquisa. Além disso, a pesquisadora é profissional de saúde que recebeu, em sua formação, princípios éticos para a prática profissional, que constam em seu código de ética. Portanto, a pesquisadora se compromete a manter o sigilo, a privacidade e a confidencialidade de todas as informações e dados coletados. Declara que conhece e cumprirá as normas vigentes expressas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e em suas complementares. Na ocorrência de risco eventual, a pesquisadora irá se reunir com a orientadora para discutir a melhor conduta a ser tomada e irá comunicar o comitê de ética e o local da pesquisa.

Benefícios:

Este estudo possibilitará identificar o perfil clínico de pacientes acompanhados pela atenção domiciliar, assim como, identificar lacunas e potências no trabalho em rede de pacientes acometidos pela covid19 e ampliar o conhecimento sobre transição do cuidado entre os pontos de atenção da rede de saúde.

Contribuirá com a produção de conhecimento científico relacionado a transição de cuidado na Atenção Domiciliar no Brasil e em relação a reabilitação de pacientes pós covid através da internação domiciliar. Além disso, com o resultado da pesquisa, a população se beneficiará da oferta de um cuidado mais qualificado e atento às demandas do paciente, a medida que através do conhecimento e avaliação das ações de transição do cuidado possibilitar-se-á a promoção de acesso, vínculo, integralidade e a humanização da AD, e o resgate de vínculos fragilizados com a atenção primária em saúde.

Para o PAD, através do conhecimento das ações realizadas para continuidade do acompanhamento na rede básica de saúde poderemos saber se a transição do cuidado tem sido efetiva para a população e com isso o serviço poderá estar revendo sua atuação na transição do cuidado e pensar em melhorias para organizar os processos de transição com o objetivo de prevenir reinternações.

Por fim, para a instituição GHC, que tornou-se referência em atenção domiciliar no Brasil, oportunizar-se-á uma nova linha de pesquisa, a formação de recursos humanos mais qualificados

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

e a educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos encaminhados:

PROJETOMESTRADOCOMITE

CARTARESPOSTA

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa. O pesquisador assume o compromisso de seguir, a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e, as normativas éticas complementares vigentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1964263.pdf	23/08/2022 23:32:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOCOMITE.docx	23/08/2022 23:31:11	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTARESPOSTA.docx	23/08/2022 23:30:47	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
Outros	Curriculolattesclaunara.pdf	15/06/2022 15:19:19	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
Outros	curriculolattesjanaina.pdf	15/06/2022 15:18:50	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
Outros	declaracaodecompromisso.jpg	15/06/2022 15:17:45	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
Declaração de	declaracaodeinfraestrutura.jpg	15/06/2022	JANAINA DO	Aceito

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 5.616.610

Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinfraestrutura.jpg	15:16:25	AMARANTE RICARDO	Aceito
Outros	parecer_comissao_cientifica.pdf	15/06/2022 14:41:58	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/06/2022 14:15:52	JANAINA DO AMARANTE RICARDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 31 de Agosto de 2022

Assinado por:
Elisandro Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos à CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: Comentário crítico sobre conteúdo de artigo científico publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras). (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

FICHA DE PESQUISA

Questionário:

Dados de Identificação

REGISTRO: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ em anos Sexo: () F M()

UBS de Referência: _____

Encaminhado por: Hospital () UBS ()

Motivo encaminhamento: Reabilitação () Antibioticoterapia () Cuidado em lesões de pele () Reorganização do cuidado pelo familiar () Cuidado paliativo ()

Data de internação no Pad _____ Data da alta do Pad: _____

Perfil clínico:

Diagnóstico

principal: _____

Em uso de:

O2: S() N() SNE: S() N() Traqueostomia: S() N()

Sonda Vesical: S() N()

Sequelas:

Lesão por pressão: S() N() Neuropatia S() N() Dor S() N()

Quadro de Trombose e Distúrbios de Coagulação S() N()

Outro: _____

Comorbidades:

HAS: S() N() Obesidade: S() N()

DM: S() N()

Doença respiratória: S() N() Qual? _____

Outros: _____

Necessitou de atendimento de equipe multiprofissional:

Qual profissional:

Assistente Social () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Nutricionista ()

Farmacêutico ()

Dados sociais:

Principal cuidador: Esposa(o) () Pai () Mãe () Filho () Filha () Irmão () Irmã ()
Avó () Avô () Amiga (o) ()

Estado Civil:

() Casado(a) () Unido estavelmente () Solteiro(a) () Viúvo(a) ()
Separado(a) ()

Aposentado(a) S() N() Empregado(a) S() N()

Contrato de trabalho formal () Desempregado(a) S() N()

Sobre a rede de saúde:

Você foi orientado a procurar a UBS/ESF durante a internação do PAD?

Sim () Não ()

Você foi orientado a procurar a UBS/ESF após a alta do PAD ()

Você foi na sua UBS/ESF durante o período da internação domiciliar? S() N()

Você foi na sua UBS/ESF durante o período da internação domiciliar? S() N()

Você foi orientado a continuar acompanhamento com algum profissional ou serviço de saúde após a internação domiciliar? Sim () Não ()

Qual: APS() Ambulatório Médico () Fisioterapia () Fonoaudiologia ()

Nutricionista () Enfermeiro () Serviço Social ()

Outro: _____

Já teve o primeiro atendimento com esse profissional ou serviço? S() N()