

Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar

Factors associated with failure to discharge in the context of home care

Factores asociados a la falta de concreción del alta en la atención domiciliar

Vânia de Souza¹

Érika Guimarães Lage¹

Fernanda Penido Matozinhos¹

Mery Natali Silva Abreu¹

Descritores

Assistência domiciliar; Assistência integral a saúde; Serviços de assistência domiciliar; Serviços de saúde; Epidemiologia

Keywords

Home nursing; Comprehensive health care; Home care services; Health services; Epidemiology

Descriptors

Atención domiciliar de salud; Atención integral de salud; Servicios de atención de salud a domicilio; Servicios de salud; Epidemiología

Submetido

28 de Dezembro de 2018

Aceito

15 de Julho de 2019

Autor correspondente

Vânia de Souza

<https://orcid.org/0000-0002-7808-8079>

E-mail: vaniaxsouza@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900087>



Resumo

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

Métodos: Estudo de delineamento transversal realizado no Serviço de Atenção Domiciliar da região metropolitana do Estado de Minas Gerais, Brasil. Dados provenientes de 157 prontuários das pessoas assistidas (usuários) pelas Equipes de Atenção Domiciliar em 2016, incluindo os que permaneciam atendidos em 2017. Analisada as características sociodemográficas, econômicas, de saúde, comportamentais e de acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores dos usuários. Utilizou-se regressão de Poisson para determinar os fatores associados a não efetivação da alta do Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde, considerando $p < 0,05$.

Resultados: A frequência de alta não efetivada para a APS foi 22,29%. O aumento da idade e da frequência de visitas recebidas pelos usuários associaram-se a não efetivação da alta. Ter renda superior a \$780,00 aumentou em 2,55 vezes a prevalência de não efetivação da alta do Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde em relação aos usuários de renda até \$260,00. Ser proveniente da Unidade de Pronto Atendimento diminuiu a prevalência de não efetivação da alta quando controlada pelas demais variáveis presentes no modelo.

Conclusão: Os resultados apontaram a existência de usuários nos quais o Serviço de Atenção Domiciliar tem dificuldades de efetivação da alta para a Atenção Primária, estando a alta também vinculada ao tipo de acesso ao serviço; tendo o estudo revelado contribuições para a área.

Abstract

Objective: Our aim was to analyze the factors associated with failure to discharge users of the home care service to primary healthcare.

Methods: This was a cross-sectional study conducted at the home care service of the metropolitan region in the state of Minas Gerais, Brazil. Data from the records of 157 users assisted by the home care teams in 2016, including those that remained throughout 2017, were collected. The socio-demographic, economic, health, and behavioral data were analyzed, in addition to data regarding access to the home care service and the socio-demographic variables of the caregivers. Poisson regression was used to determine the factors associated with failure to discharge from the home care service to primary healthcare, considering $p < 0.05$ as significant.

Results: The percentage of failure to discharge to primary healthcare was 22.29%. The increase in age and frequency of home visits were associated with failure to discharge. Income of $> \$780.00$ increased by 2.55 times the percentage of failure to discharge from the home care service to primary healthcare compared with users whose income was $< \$260.00$.

Being referred from the emergency care unit decreased the percentage of failure to discharge when controlling for the remaining variables of the model.

Conclusion: The results demonstrated the existence of users for whom the home care service has difficulties in discharging to primary healthcare; discharge was also associated with the type of access to the service. This study presented contributions to the subject.

Resumen

Objetivo: Analizar los factores asociados a la falta de concreción del alta de los usuarios que reciben Servicio de Atención Domiciliar para la Atención Primaria de Salud.

Métodos: Estudio de delineamiento transversal realizado en el Servicio de Atención Domiciliar de la región metropolitana del estado de Minas Gerais, Brasil. Datos provenientes de 157 historias clínicas de personas que recibieron atención (usuarios) del equipo de Atención Domiciliar en 2016, que incluyó a los que permanecieron atendidos en 2017. Se analizaron las características sociodemográficas, económicas, de salud, comportamentales y de acceso al Servicio de Atención Domiciliar y las variables sociodemográficas de los cuidadores de los usuarios. Se utilizó regresión de Poisson para determinar los factores asociados a la falta de concreción del alta del Servicio de Atención Domiciliar para la Atención Primaria de Salud, considerando $p < 0,05$.

Resultados: La frecuencia de alta sin concretizar de APS fue de 22,29%. El aumento de la edad y de la frecuencia de visitas recibidas por los usuarios se asociaron a la falta de concreción del alta. Tener ingresos superiores a \$ 780,00 aumentó 2,55 veces la prevalencia de la falta de concreción del alta del Servicio de Atención Domiciliar para la Atención Primaria de Salud con relación a los usuarios con ingresos de hasta \$ 260,00. Ser proveniente de la Unidad de Pronto Atención redujo la prevalencia de la falta de concreción del alta cuando estaba controlada por las demás variables presentes en el modelo.

Conclusión: Los resultados señalan la existencia de usuarios en los que el Servicio de Atención Domiciliar tiene dificultades de concretizar el alta para la Atención Primaria, que también está relacionada con el tipo de acceso al servicio. El estudio reveló contribuciones para la área.

Como citar:

Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MN. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2019;32(6):624-31.

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

No Brasil, a prestação de serviço de Atenção Domiciliar (AD) se iniciou na década de 60, de forma planejada, tendo, no entanto, sua maior representatividade a partir de 1990.⁽¹⁾ O Serviço está regulamentado pela Portaria 825/2016 que redefine a AD no Sistema Único de Saúde (SUS) e as equipes habilitadas para o atendimento domiciliar.⁽²⁾ A AD consiste, em uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). É caracterizada por ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestada em domicílio, garantindo assistência às pessoas que demandam cuidado clínico,⁽²⁾ sem a necessidade de hospitalização.

A AD representa uma estratégia de desospitalização, proporcionando a liberação de leitos hospitalares; a redução de custos; uma assistência mais humanizada, integral, e centrada no usuário; com a ruptura do modelo hospitalocêntrico.⁽³⁾ Para os usuários do Serviço e seus cuidadores esta forma de assistência permite ultrapassar as barreiras de acesso a outros serviços da RAS, especialmente para exames diagnósticos e consultas especializadas, trazendo uma situação diferenciada dos demais usuários do Sistema de Saúde.⁽⁴⁾

Sua organização se dá em três modalidades: Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3) distintas pelas necessidades de cuidado peculiar; periodicidade das visitas domiciliares; intensidade do cuidado multiprofissional; e uso de equipamentos.⁽²⁾ Na modalidade AD1, o cuidado se faz pelas equipes da Atenção Primária a Saúde (APS), com menor frequência de visitas e de intervenções multiprofissionais, pressupondo a estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

⁽²⁾ As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), respondendo à demanda de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e APS. Exigem cuidados intensificados e seqüenciais, multiprofissionais, com frequência mínima semanal, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, como ventilação mecânica.⁽²⁾

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é formada pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou

assistente social. As EMAD são classificadas como do tipo 1 e 2, segundo a carga horária (CH) dos profissionais médico e enfermeiro. Na EMAD 1 são 40h semanais de CH para ambos os profissionais. Na EMAD 2, tem-se um mínimo de 20h para o médico e 30h para o enfermeiro.⁽²⁾

A organização do SAD é recomendada segundo uma base territorial, devendo se relacionar com a RAS, especialmente com a APS.⁽²⁾ Nos casos de estabilidade e de melhora do quadro clínico, os assistidos devem receber alta para a APS adstrita. Os casos de agudização são encaminhados para instituições hospitalares ou UPA.⁽⁵⁾

O processo de integração do SAD com a RAS e particularmente com a APS tem revelado dificuldades, relacionadas ao mecanismo de entrada e de continuidade do cuidado pela APS após a alta do SAD. Esta transposição da responsabilização do usuário para a APS é apontada como uma preocupação entre profissionais do SAD,⁽¹⁾ podendo gerar o adiamento da alta, mediante a incerteza da continuidade do cuidado pela APS.⁽⁶⁾ A articulação entre equipes do SAD e APS é importante para facilitar o processo de transferência para a modalidade AD1 no momento devido,⁽²⁾ avaliando uma assistência mais resolutiva.

São escassos os estudos relacionados às dificuldades enfrentadas pelo SAD para efetivar a alta de seus usuários para a APS – das pessoas que permaneceram no SAD embora enquadradas nos critérios para a modalidade AD1. Alta efetivada foi aqui considerada como aquela realizada do SAD para a APS aos usuários que alcançaram os critérios de elegibilidade para a modalidade AD1. Foram identificadas na literatura pesquisas mais direcionadas para os entraves assistenciais de visitas domiciliares que ocorrem na APS; para estratégias de melhoria da interlocução entre os serviços de assistência em domicílio e a atenção hospitalar; sobre os modos de organização do SAD, bem como de investigação sobre o preparo da população para uma assistência a longo prazo.⁽⁷⁻¹²⁾

Acredita-se que o aprofundamento investigativo sobre o processo de transição da assistência do SAD para a APS possa contribuir com a articulação entre estes dois serviços. Isto permitiria um planejamento de ações integradas para o cuidado ao usuário, que não mais necessita da assistência nas modalidades AD2 ou AD3.

Neste estudo o objetivo foi analisar os fatores associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Estudo de delineamento transversal, com dados dos prontuários de quatro equipes de um SAD da região metropolitana do Estado de Minas Gerais – Brasil. O Serviço possui seis EMAD, todas classificadas como tipo 1, com prestação de atendimento nas modalidades AD2 e AD3. Quatro delas denominadas EMAD Clínicas (EMAD Clínicas), uma “EMAD Pediátrica e outra Ortopédica”, estas duas últimas diferenciadas pelas suas especialidades. Todas vinculadas a um ponto de atenção – UPA ou Hospital do município.

A população foi correspondente a 157 prontuários de usuários assistidos no SAD em 2016 e seus respectivos cuidadores. Foram critérios de inclusão dos usuários: ser atendido pelas EMAD Clínicas; alta das modalidades AD2/AD3 para AD1 em 2016 ou até a coleta de dados em 2017; primeira admissão do usuário, ainda que outras tenham ocorrido no período investigado (readmissão), evitando-se a duplicata de dados.

Foram critérios de exclusão do usuário: atendimento pelas EMAD especializadas; transferência para UPA, hospitais e Centros de Consultas Especializadas; alta administrativa, como no caso de mudança do usuário para outro município; admissão para risco cirúrgico, devido ao curto período de internação, geralmente de um dia; e óbitos ocorridos. O critério de inclusão dos cuidadores foi ter seu nome registrado no prontuário como o cuidador principal do usuário.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir dos formulários que compõem os prontuários do serviço investigado, tendo sido previamente aplicado à gestora de outro serviço de AD, a um enfermeiro pesquisador em AD e a cinco profissionais do SAD investigado, passando pelos ajustes necessários até a versão final.

Foi considerada variável desfecho a não efetivação da alta na atenção domiciliar para a APS, obtida pela classificação do atendimento para AD1 e criada com

os códigos 0 e 1, cujo 0 corresponde aos que receberam alta para AD1 ao entrarem na classificação de AD1 e 1 aos que não receberam alta para AD1 ao entrarem na classificação AD1, permanecendo no SAD.

As análises foram conduzidas no Programa STATA® 14.0 e incluiu estimativas de prevalência, apresentadas com proporções (%). Para as variáveis numéricas, verificou-se a simetria ou assimetria da distribuição dos dados pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Os resultados foram apresentados em média e desvio-padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IQ), respectivamente.

A análise univariada foi efetuada a partir de modelos de regressão de Poisson com variâncias robustas, tendo como variável dependente a não efetivação da alta para a APS e como variáveis explicativas para os usuários os fatores sociodemográficos, econômicos, de saúde, comportamentais dos indivíduos e de acesso ao SAD. Foram também consideradas variáveis sociodemográficas dos cuidadores.

As variáveis predictoras que obtiveram valor-p inferior a 20% ($p < 0,20$) foram inseridas no modelo multivariado de Regressão Poisson com variância robusta. A inclusão das variáveis também se baseou em critérios teóricos. Para eliminação das variáveis do modelo utilizou-se o método *backward* e considerou-se o nível de significância de 5% para permanência das variáveis no modelo final.

Utilizou-se, para verificação do ajuste do modelo final, o teste de Deviance. A razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), foi utilizada como medida de efeito. O nível de significância de 5% foi adotado em todos os procedimentos estatísticos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos sob o parecer 2.096.262.

Resultados

Dos 157 usuários, a mediana da idade foi 66,86 anos, a maioria do sexo masculino (51,59%), vivendo com companheiro (59,09%), renda de \$260,00 (duzentos e sessenta dólares) a \$780 (setecentos e oitenta dólares) (88,53%) e sem cobertura de plano de saúde (95,23%).

O motivo predominante para o acompanhamento pelo SAD foi Antibioticoterapia (34,41%). Quanto às características de saúde e comportamentais, houve o predomínio da Hipertensão (70,86%) e do acesso dos usuários ao SAD via UPA (48,38%) (Tabela 1).

Sobre as características dos cuidadores, houve predomínio de mulheres (76,77%), média de 48,65 anos, sendo filhos (41,93%) o vínculo com o usuário mais observado (Tabela 1).

Das 157 altas do SAD para a APS, 35 (22,29%) foram não efetivadas para a APS. Entre esses usuários a mediana da idade foi 64,19 anos (IQ= 54,76-71,38); mediana de 19 visitas em domicílio (IQ= 8-40); maior prevalência entre as mulheres (25,00% da amostra total), pessoas com companheiro (30,77%) e renda superior a \$780 (75,00%). Ademais, 25,00% não possuíam cobertura de plano de saúde (Dados não mostrados em tabela).

Os curativos representaram a maior predominância de alta não efetivada (36,73%). Observou-se maior prevalência de não efetivação da alta de usuários portadores de Diabetes Mellitus (32,73%) e que não relataram internação nos últimos 12 meses (42,86%). A maioria das altas não efetivadas era de usuários referenciados pela APS (39,47%). A média da idade dos cuidadores dos usuários que não tiveram a alta efetivada foi de 48,26 anos, sexo masculino (25,00%) e cujo vínculo era sobrinho (33,33%).

Na análise univariada, ter tratamento no SAD devido antibioticoterapia se associou a menor probabilidade (RP=0,154; IC95%=0,05-0,49) de não efetivação da alta na AD, comparada à inclusão por curativo. A maior frequência de visitas realizadas pela equipe se associou a maior probabilidade de não efetivação da alta (RP=1,01; IC95%=1,01-1,03). A admissão do usuário da UPA associou-se a uma menor probabilidade de não alta (RP=0,27; IC5%=0,12-0,58), comparada à admissão de usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) (Tabela 2).

No modelo ajustado (Tabela 3), observou-se que o aumento da idade e da frequência de visitas recebidas pelo usuário associaram-se a uma maior probabilidade de não efetivação da alta (RP= 1,02 e 1,01 respectivamente). Além disso, ter renda superior a \$780,00 aumentou (2,55 vezes) a prevalência de não efetiva-

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

Características dos usuários	n(%)	
Fatores sociodemográficos e econômicos		
Idade	n= 157	66,86 ^c
Sexo	n= 157	
Masculino		81(51,59)
Feminino		76(48,4)
Estado Civil	n=110	
Com companheiro ^a		65(59,09)
Sem companheiro ^b		45(40,9)
Renda	n= 157	
Até \$260,00		14(8,91)
\$260,00 – \$780,00		139(88,53)
> \$780,00		4(2,54)
Posse de plano de saúde	n=84	
Sim		4(4,76)
Não		80(95,23)
Motivo de inclusão no SAD	n=154	
Curativo		49(31,81)
Antibioticoterapia		53(34,41)
Suporte Clínico		47(30,51)
Reabilitação Domiciliar		5(3,24)
Nº de Visitas Recebidas	n= 157	10 ^c
Fatores de saúde e comportamentais		
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Não		37(29,13)
Sim		90(70,86)
Diabetes Mellitus		
Não	n= 125	70(56)
Sim		55(44)
Internação nos últimos 12 meses		
Não	n=132	7
Sim		125(5,30)
Acesso ao SAD	n=155	94,69
Origem		
UBS + ESF		38(24,51)
Hospital		42(27,09)
UPA		75(48,38)
Características dos cuidadores		
Fatores sociodemográficos		
Idade	n=148	48,65 ^d
Sexo	n= 155	
Masculino		36(23,22)
Feminino		119(76,77)
Vínculo com o Usuário	n=155	
Cônjuge/Companheiro		38(24,51)
Filhos/enteados		65(41,93)
Pai/Mãe		13(8,38)
Irmão/irmã		15(9,67)
Sobrinho/Sobrinha		9(5,8)
Outros		15(9,67)

UBS - Unidade Básica de Saúde; ESF - Estratégia Saúde da Família; ^a Casada + União estável; ^b Solteira + Viúva + Separada + Divorciada; ^c mediana; ^d média

ção da alta dos usuários do SAD para a APS quando comparado aos usuários de renda até \$260,00 dólares. Ser proveniente da UPA diminuiu a prevalência de não efetivação da alta dos usuários se comparados aos usuários provenientes da UBS ou ESF (RP =0,36).

Tabela 2. Análise univariada dos potenciais fatores dos usuários associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar

Fatores sociodemográficos	RP	IC 95%	p-value*
Idade (contínua)	1,00	0,99 – 1,01	0,854
Sexo			0,433
Masculino	1,00		
Feminino	1,26	0,70 – 2,28	
Estado Civil			0,476
Com companheiro	1,00		
Sem companheiro	0,79	0,42 - 1,49	
Renda			
Até \$260,00	1,00		
\$260,00 – \$780,00	0,54	0,25 – 1,19	0,127**
> \$780,00	2,1	0,85 – 5,19	0,108**
Posse de plano de saúde			0,199**
Sim	1,00		
Não	0,5	0,17 – 1,44	
Motivo de inclusão no SAD			
Curativo	1,00		
Antibioticoterapia	0,15	0,05 – 0,49	0,002**
Suporte clínico	0,69	0,38 – 1,28	0,245
Reabilitação Domiciliar	0,54	0,09 – 3,28	0,507
Frequência de visitas	1,01	1,01 – 1,03	0,000**
Fatores de Saúde e Comportamentais			
Hipertensão Arterial Sistêmica			0,159**
Não	1,00		
Sim	1,78	0,80 – 3,98	
Diabetes Mellitus			0,222
Não	1,00		
Sim	1,43	0,80 – 2,55	
Acidente Vascular Encefálico			0,601
Não	1,00		
Sim	1,24	0,56 – 2,74	
Internação (últimos 12 meses)			0,125**
Não	1,00		
Sim	0,48	0,19 – 1,22	
Fatores de Acesso ao SAD			
Origem			
UBS + ESF	1,00		
Hospital	0,72	0,39 – 1,35	0,308
UPA	0,27	0,12 – 0,58	0,001**

RP- Razão de prevalência; IC 95% - Intervalo de 95% de confiança; * Modelo univariado de Regressão de Poisson com variâncias robustas; **p-value inferior a 20% (p<0,20)

Tabela 3. Análise ajustada dos fatores associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS

Fatores	RP	p-value**
Idade	1,02	0,024*
Renda		
Até \$260,00	1	
\$260,00 - \$780,00	0,85	0,685
> \$780,00	2,55	0,027*
Origem		
UBS + ESF	1	
Hospital	0,84	0,582
UPA	0,36	0,025*
Frequência de visitas	1,01	0,002*

RP - Razão de prevalência; *valor de p significativo (p-value <0,05); **Modelo ajustado para estado civil e motivo da inclusão no SAD; ***Teste Deviance - verificação do ajuste do modelo final

Discussão

A não efetivação da alta para APS esteve associada aos usuários idosos, à demanda por mais visitas no domicílio e a renda superior a \$780,44.

A associação da idade acima de 60 com a maior demanda para AD, também identificada na literatura, revela-se com o incremento das incapacidades funcionais.⁽¹³⁻¹⁵⁾ A probabilidade de demanda pela AD é maior em idosos acima de 80 anos, quando comparados a grupos de 60 a 65 anos.⁽¹³⁾ Essa probabilidade foi apontada como 10,4 vezes maior em idosos que apresentam incapacidade funcional para desenvolver atividades da vida diária, quando comparados àqueles sem incapacidade.⁽¹⁵⁾

Este dado é relevante, considerando-se que a idade dos usuários pode influenciar na decisão do gestor do SAD em adiar a alta para APS, ao perceberem que a APS pode não ter condições de continuidade do cuidado ao usuário idoso - principalmente se o cuidador for também idoso.⁽⁶⁾ Ademais, pesquisa envolvendo a população mundial sinaliza para o aumento da expectativa de vida para a faixa etária de 60 anos ou mais, passando de 18,7 em 2000 para 20,4 anos em 2015.⁽¹⁶⁾ Isto evidencia a necessidade de incremento da AD e de sua rede de apoio. Ainda no contexto do envelhecimento, em um estudo sobre cuidados a longo prazo, a rede de apoio promovida por familiares e amigos foi apontada como preferencial entre uma larga amostra de uma população de 65 anos ou mais.⁽¹⁷⁾

A associação entre maior nível econômico e a prevalência de cuidados no domicílio foi também corroborada com outras pesquisas nesta área.^(15,18) Em uma pesquisa brasileira, com 1.593 idosos, o recebimento do cuidado em domicílio obteve uma probabilidade 5,2 vezes maior entre os que apresentavam maior nível econômico se comparado com aqueles de menor renda, que recebiam até \$260,00.⁽¹⁵⁾

A justificativa de que indivíduos com o melhor nível econômico teriam mais facilidade para contratar um serviço especializado, a partir de um cuidador formal foi apontada em um estudo nacional, com 671 idosos.⁽¹⁸⁾ Ainda que se considere que tal associação não possa ser generalizada para a população brasileira, de todos os cuidadores formais re-

latados no estudo acima explicitado, 71% assistiam idosos com quartis econômicos mais elevados.⁽¹⁸⁾ A associação com a maior renda e a chance de receber pelo menos uma hora de serviços de AD foi semelhantemente identificada em uma pesquisa com 8.815 idosos norte-americanos, sendo considerada duas vezes maior em comparação às famílias de menor renda.⁽¹⁹⁾

Diferentemente destes resultados, a associação da maior probabilidade da atenção domiciliar em classes mais pobres comparada com idosos de classes superiores, do nível A e B, foi evidenciada com 6.624 idosos em 23 Estados Brasileiros.⁽¹³⁾ Em um outro estudo sobre o tema, a razão para a associação da AD com a menor renda, é apontada pela de estar relacionada à capacidade de redução das iniquidades sociais por meio da atuação das ESF.⁽¹⁵⁾

É importante ressaltar que em um estudo de revisão sistemática sobre condições socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde entre idosos, os resultados mostraram variações de acordo com o país e o tipo de serviço utilizado. A visita domiciliar no Brasil e no Canadá foi mais favorável aos mais pobres enquanto nos Estados Unidos ela se deu entre os mais ricos e escolarizados. Em países cuja as políticas públicas são mais direcionadas à equidade os estudos apontam para uma maior utilização do serviço domiciliar para os mais pobres e menos escolarizados.⁽²⁰⁾

Quanto ao acesso ao SAD, observou-se, nesta pesquisa, que usuários provenientes da UPA apresentaram menor prevalência da não efetivação da alta. Infere-se, neste caso, que os serviços de AD vinculados a UPA recebem usuários com quadros agudos, muitas vezes relacionados a infecções como as do trato urinário e respiratórias, cuja internação hospitalar é indicada, mas passível de ser evitada com cuidados intensificados da AD.⁽¹⁾ Adicionalmente, os atendimentos realizados na APS podem reproduzir a prática clínica de pronto-atendimento, em função da tensão contínua para o equilíbrio entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea, sendo esse um dificultador para a adesão dos usuários, especialmente, no controle das doenças crônicas.⁽²¹⁾ Dessa forma, é possível que o usuário crônico da APS, se referenciado ao SAD, demande mais tempo para receber alta.

A literatura ressalta a importância de o usuário se encontrar na condição de protagonista do seu cuidado, preservando sua autonomia e independência mediante orientações que possam contribuir para a sua tomada de decisão quanto ao seu processo de recuperação, sem que esse usuário esteja condicionado à assistência de um profissional de saúde. Esta autonomia pode ser potencializada com a aproximação entre o conhecimento científico e o saber do usuário possibilitando a construção de um plano de cuidados em que o usuário se torna mais participativo no processo de seu cuidar.⁽²²⁾

Em uma revisão de literatura sobre Insuficiência Cardíaca Congestiva, os autores sinalizaram para a importância do investimento em educação em saúde pela equipe multidisciplinar como um aliado para evitar a (re)hospitalização. O uso de instrumentos como vídeos, cartilhas e o acompanhamento por telefone são formas de auxiliar no entendimento das orientações para a manutenção do cuidado no momento da alta hospitalar.⁽²³⁾ No que se refere ao SAD e a APS, esta mesma estratégia pode trazer benefícios ao usuário e aos serviços, tornando a continuidade do cuidado após a alta mais efetiva.

Ainda que se perceba que o SAD cumpre o seu papel evitando internações passíveis de atendimento hospitalar e responde às demandas provenientes da UPA e da APS observa-se como premente a necessidade do cuidado compartilhado e da construção de estratégias coletivas entre esses serviços, especialmente com a APS. Em uma pesquisa realizada com coordenadores do SAD e gestores de municípios, uma alternativa apontada para o estabelecimento do fluxo contínuo ao usuário e a melhoria da interlocução entre os serviços foi a realização de reuniões entre as equipes da RAS.⁽¹¹⁾ Esta interlocução possibilitaria a definição dos fluxos do ponto de vista da gestão e em sintonia com as demandas do serviço e dos usuários. Seria também uma forma de englobar os esforços do SUS para a redução de fragmentações das ações, por meio do fortalecimento das políticas de saúde em busca da integralidade e da equidade.⁽²⁴⁾

A identificação dos fatores associados a não efetivação da alta para a APS é também uma forma de auxiliar no planejamento do processo de alta do SAD para a APS, de modo a promover a continui-

dade do cuidado e a efetiva garantia do apoio às famílias na promoção das ações de saúde.

Este estudo apresenta como limitações o tamanho amostral e a perda de alguns dados, intrínseca a coletas realizadas em prontuários. Soma-se a isto o fato de o estudo transversal não ter permitido identificar a temporalidade das associações mostradas nos resultados. Por fim, ressalta-se a ausência de determinados aspectos como os políticos, organizacionais e estruturais que envolvem os serviços, que poderiam estar associados a não efetivação da alta dos usuários do SAD para a APS e que não foram contemplados.

Conclusão

Os resultados desse estudo permitiram identificar a prevalência de altas não realizadas para a APS associando-se às variáveis idade, frequência de visitas, renda superior e acesso ao serviço de atenção domiciliar, estando a alta também vinculada ao tipo de acesso ao serviço. Seus achados sinalizam para a continuidade de pesquisas científicas nesta área, tendo em vista a maior visibilidade dos entraves que têm interferido na não efetivação da alta do SAD para APS, a investigação e a comparação com outros serviços nacionais de AD e com outras experiências que possam ter alcançando melhor êxito com as RAS. A realização de intervenções educativas e de ações coletivas para a melhoria da vinculação com a RAS surge também como uma necessária contribuição para o oferecimento de uma AD de maior qualidade e efetividade.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para Érika Guimarães Lage).

Colaborações

Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MNS contribuíram com a concepção do projeto, análise e

interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva KS, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LC, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(1):166-76.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. [citado 2019 Jul 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
3. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EA, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cien Saúde Colet*. 2016;21(3):903-12.
4. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)4:e49660.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Vol. 1.
6. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MF, Dias OV, Silva, KL. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Prom Saúde*. 2011;29(2):244-52.
7. Araujo WR, Queiroz RC, Rocha TA, Silva NC, Thumé E, Tomasi E, et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:75.
8. Savassi LC. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2016;11(38):1-12.
9. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal CH, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Rev Cogitare Enferm*. 21(1):1-8.
10. Pearson M, Hemsley A, Blackwell R, Pegg L, Custerson L. Improving Hospital at Home for frail older people: insights from a quality improvement project to achieve change across regional health and social care sectors. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:387.
11. Castro EA, Leone DR, Santos CM, Neta FC, Gonçalves JR, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2016-0002.
12. Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König HH. Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):156. doi: 10.1186/s12913-017-2101-y.
13. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3): e00048515.
14. Del Duca G, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):113-20.
15. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LA. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1102-1111.

16. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory (GHO) data. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals. 2016 [cited 2019 Apr 10]. [cited 2019 Jul 15]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.
17. Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller Sg, König Hh. do individuals in old age prepare for the risk of long-term care? Results of a population-based survey in Germany]. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2189.
18. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GA. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(5):1159-65.
19. Janus AL, Ermisch J. Who pays for home care? A study of nationally representative data on disabled older Americans. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(301):1-14.
20. Almeida AP, Nunes BP, Duro SM, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:50.
21. Feuerwerker LC, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.
22. Chibante CL, Santo FH, Santos TD, Porto IS, Daher DV, Brito WA. Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170036.
23. Andrietta MP, Lopes MR, Bottura LB. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(6):8.
24. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saúde Debate*. 2014;51:58-71.