

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MELINA LOPES LIMA

DESDOBRAMENTOS DA MULTIMORBIDADE A PARTIR DA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR

PONTA GROSSA

2019

MELINA LOPES LIMA

DESDOBRAMENTOS DA MULTIMORBIDADE A PARTIR DA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR

Dissertação apresentada para obtenção do título
de Mestre na Universidade Estadual de Ponta
Grossa, Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, com ênfase em Atenção Interdisciplinar
em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Berger Fadel
Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller,
Prof^a. Dr^a. Danielle Bordin.

PONTA GROSSA

2019

L732 Lima, Melina Lopes
 Desdobramentos da multimorbidade a partir da internação hospitalar /
 Melina Lopes Lima. Ponta Grossa, 2019.
 68 f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração:
 Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

 Orientadora: Profa. Dra. Cristina Berger Fadel.

 Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.

 Coorientadora: Profa. Dra. Danielle Bordin.

 1. Hospitalização. 2. Morbidade. 3. Fatores de risco. 4. Assistência centrada
 no paciente. 5. Assistência à saúde. I. Fadel, Cristina Berger. II. Muller, Erildo
 Vicente. III. Bordin, Danielle. IV. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção
 Interdisciplinar em Saúde. V.T.

CDD: 614

MELINA LOPES LIMA

DESDOBRAMENTOS DA MULTIMORBIDADE A PARTIR DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 08 de novembro de 2019.



Profa. Dra. Cristina Berger Fadel – Orientadora
Doutora em Odontologia Preventiva e Social
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva
Doutora em Saúde Coletiva
UFPR



Prof. Dr. Bruno Pedroso
Doutor em Educação Física
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Danielle Bordin
Doutora em Odontologia Preventiva e Social
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico aos meus amados filhos Antônio e Davi e esposo Caio, por toda a compreensão e amparo. Às professoras Cristina e Danielle, pelo suporte e amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À professora Cristina, pela excelência profissional, contribuição de seus conhecimentos, idealização do trabalho, orientação com extrema dedicação, paciência, zelo, amizade.

À professora Danielle Bordin, pela contribuição de seus conhecimentos, idealização do trabalho, análise dos resultados, orientação, paciência e amizade.

Ao professor Erildo, pela contribuição de seus conhecimentos.

À Professora Milene Zanoni e ao professor Bruno Pedroso por aceitarem participar da banca e darem contribuições valiosas para o trabalho.

Aos meus pais Márcia e João, por todo incentivo

Ao meu esposo Caio, pela contribuição na elaboração de fluxograma, desenvolvimento de um formulário online para a coleta dos dados, apoio técnico e amor incondicional.

À minha amiga e chefe Luciane por não medir esforços em me ajudar.

Ao professor Everson, por todo o incentivo e ajuda.

À amiga Mirian pela amizade e apoio.

Aos alunos de graduação Jordana e Maria e de residência Diego, Joyce e Renata, por participarem da coleta dos dados.

A todos os meus alunos, que são a razão da minha dissertação.

Às alunas e amigas Aline Pacheco e Larissa, por serem iluminadas.

Ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, que possibilitou que esta pesquisa ocorresse.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Aos pacientes e cuidadores que possibilitaram esta pesquisa.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

Se você não mudar a direção, terminará
exatamente onde partiu
(ANTIGO PROVÉRBO CHINÊS)

RESUMO

A gestão de informações associadas à ocorrência de multimorbidade na atenção hospitalar é relevante para o planejamento de estratégias de prevenção de agravos à saúde em pacientes de maior risco, a fim de oportunizar a organização de sistemas de saúde de modo eficiente. Este trabalho tem por objetivo geral avaliar a multimorbidade com base na internação hospitalar. Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo, junto a 445 pacientes internados em um hospital universitário, no ano de 2018. Os dados foram coletados através de entrevista telefônica. Considerou-se a multimorbidade como variável dependente e como independentes: utilização de serviços de saúde, características sociodemográficas e de estilo de vida. Os resultados foram analisados descritivamente e por análise de regressão logística. Para delinear o caminho formal percorrido por pacientes segundo multimorbidade desenvolveu-se um fluxograma, representando os pontos da rede pública de saúde utilizados por estes pacientes no pós-alta hospitalar. Os resultados mostraram que 31,4% apresentam multimorbidade. Foram encontradas maiores chances de multimorbidade em indivíduos entre 41 e 60 anos (OR=4,25), em maiores de 60 anos (OR=14,89), em pacientes que estiveram internados nos setores de clínica médica, neurologia, infectologia (OR=7,76), sedentários (OR=1,71), obesos (OR= 3,01) e com necessidade de ajuda para realizar atividades diárias no pós-alta hospitalar (OR=1,75). Verificou-se também, através do acompanhamento do caminho percorrido por estes pacientes, uma alta prevalência de encaminhamento (com multimorbidade (CM) 93,5%; sem multimorbidade (SM) 97,7%) e comparecimento na atenção secundária à saúde (CM 86,2%; SM 89,6%), um baixo encaminhamento (CM 42,4%; SM 36,3%) e comparecimento na atenção primária à saúde (CM 61,3%; SM 64,8%), e um baixo comparecimento a todos os pontos da rede de saúde (CM 18%; SM 21,8%), para ambos os grupos investigados. Este estudo sinaliza a importância de maior incentivo ao acompanhamento de pacientes com multimorbidade na rede primária de saúde, especialmente no período de pós-alta hospitalar, e a necessidade de integração dos pontos da rede de saúde brasileira, de modo a garantir a longitudinalidade e integralidade do cuidado a estes pacientes.

Palavras-chave: Morbidade. Hospitalização. Fatores de Risco. Assistência Centrada no Paciente. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The management of information associated with the occurrence of multimorbidity in hospital care is relevant to the planning of strategies to prevent health problems in high-risk patients, in order to enable the organization of health systems in an efficient manner. The overall study objective is evaluate multimorbidity based on hospitalization. A quantitative study was carried out a descriptive cross-sectional study with 445 patients admitted to a university hospital in 2018. Data were collected through telephone interview. Multimorbidity was considered as variable dependent and independent: use of health services, sociodemographic and Lifestyle. Results were analyzed descriptively and by logistic regression analysis. For delineating the formal path followed by patients according to multimorbidity has developed a flowchart, representing the points of the public health network used by these patients in the post-discharge hospital. The results showed that 31.4% present multimorbidity. Larger odds of multimorbidity in individuals between 41 and 60 years old (OR = 4.25), in those over 60 (OR = 14.89), in patients who were hospitalized in the medical clinic, neurology, (OR = 7.76), sedentary (OR = 1.71), obese (OR = 3.01) and in need help for perform daily activities after hospital discharge (OR = 1.75). It was also verified, through the follow-up of the path taken by these patients, a high prevalence of referral (with multimorbidity (CM) 93.5%; without multimorbidity (SM) 97.7%) and attendance at attention secondary to health (CM 86.2%; SM 89.6%), low referral (CM 42.4%; SM 36.3%) and attendance in primary care (CM 61.3%; SM 64.8%), and low attendance at all points of the health network (CM 18%; SM 21,8%), for both groups investigated. This study signals the importance of greater incentive to follow up on patients with multimorbidity in the especially in the post-discharge period, and the need for points of the Brazilian health network, in order to ensure the longitudinality and comprehensiveness of these patients.

Keywords: Morbidity. Hospitalization. Risk Factors. Quantitative Analysis. Patient-Centered Care. Delivery of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Caminho formal percorrido na rede de saúde por pacientes com multimorbidade, considerando-se o período de pós-alta hospitalar.....	35
FIGURA 02 - Caminho formal percorrido na rede de saúde por pacientes sem multimorbidade, considerando-se o período de pós-alta hospitalar.....	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Quantidade de doenças crônicas em indivíduos com multimorbidade internados em um Hospital de Ensino do Paraná.....	27
TABELA 02- Distribuição das doenças crônicas em indivíduos com multimorbidade, segundo frequência, porcentagem das doenças totais e porcentagem dos pacientes com multimorbidade, internados em um Hospital de Ensino do Paraná.....	27
TABELA 03 - Serviços de saúde intra-hospitalar utilizados por indivíduos internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade.....	28
TABELA 04 - Serviços de saúde extra-hospitalar e domiciliar utilizados por indivíduos internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade.....	29
TABELA 05 - Perfil sociodemográfico de pacientes internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade.....	30
TABELA 06 - Perfil de estilo de vida de pacientes internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade.....	31
TABELA 07 - Análise múltipla da associação entre presença de multimorbidade e variáveis independentes.....	32

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
CM	Com Multimorbidade
SM	Sem Multimorbidade
DSS	Determinante Social de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 TIPO DE ESTUDO	22
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
3.3 COLETA DE DADOS.....	23
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.4.1 Variável dependente.....	24
3.4.2 Variáveis independentes.....	25
3.4.3 Análise dos fatores associados à multimorbidade.....	25
3.4.4 Análise do caminho formal percorrido na rede.....	25
3.5 ÉTICA DA PESQUISA	26
4 RESULTADOS	27
4.1 RELAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA E DE ESTILO DE VIDA	27
4.2 CAMINHO FORMAL DA REDE PÚBLICA DE CUIDADO EM SAÚDE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGUNDO MULTIMORBIDADE	33
5 DISCUSSÃO	38
5.1 RELAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE ESTILO DE VIDA..	38
5.2 CAMINHO FORMAL DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGUNDO MULTIMORBIDADE	42
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	56
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	65

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A multimorbidade foi descrita pela primeira vez em 1976, na Alemanha (SALIVE, 2013; VAN OOSTROM et al., 2012). Apesar de variações no seu conceito, modernamente ela é definida pela presença simultânea de doenças e sintomas funcionais, cognitivos e de limitações físicas (LEAL NETO; BARBOSA; MENECHINI, 2016). Existem estudos que a consideram como resultado do acometimento de duas ou mais doenças crônicas, e outros, como decorrência da presença de pelo menos três dessas doenças (VIOLAN et al., 2014), representando um problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência e ao seu impacto na saúde dos indivíduos acometidos e no sistema de saúde.

A multimorbidade vem crescendo globalmente pelo envelhecimento populacional (LANCET, 2018). Existe um consenso na literatura sobre o aumento substancial na prevalência de doenças crônicas e consequentemente da multimorbidade com o avançar da idade (JERLIU et al., 2013; NUNES et al., 2018; CARVALHO et al., 2017; MARENGONI et al., 2011; AKKER et al., 1998; FORTIN et al., 2005).

O envelhecimento é um processo dinâmico, no qual ocorrem modificações morfológicas e fisiológicas em todo o organismo. Tal processo leva a uma progressiva diminuição na capacidade fisiológica e redução da capacidade de respostas ao estresse ambiental, levando a um aumento da suscetibilidade e vulnerabilidade a doenças (LEITE et al., 2012; TROEN, 2003). Uma revisão que avaliou o envelhecimento relacionado às questões genéticas e ambientais observou que exceto em síndromes, a contribuição genética para o desenvolvimento de doenças crônicas é relativamente baixa, demonstrando que fatores ambientais desempenham papel fundamental no fenótipo do envelhecimento (GOTTLIEB et al., 2007).

No entanto, para Troen (2003) as doenças crônicas se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos sobretudo, da interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Um estilo de vida inadequado acaba aumentando a ineficiência metabólica, contribuindo substancialmente para a quebra da homeostasia corporal (GOTTLIEB et al., 2007).

Apesar da ciência da influência dos hábitos não saudáveis no envelhecimento e adoecimento, ainda, é importante considerar a influência do contexto social no desenvolvimento de doenças crônicas, uma vez que a saúde é afetada ao longo da vida pelo

contexto social, que gera desigualdade na exposição e vulnerabilidade, interferindo no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida de idosos (GEIB, 2012).

Outra variável sociodemográfica relacionada à multimorbidade é o sexo, sendo a multimorbidade mais prevalente em mulheres (LANCET, 2018; NUNES et al, 2018; CARVALHO et al., 2017; MARENGONI et al., 2011). Acredita-se que a maior prevalência decorra de uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas no sexo feminino (CARVALHO et al., 2017). Nas mulheres, a mudança hormonal após a menopausa tem um papel importante no ganho de peso (DAVIS et al., 2012). O efeito dos estrogênios no endotélio liso e células vasculares servem para prevenir e proteger contra a vasoconstrição, e na menopausa, com a diminuição dos níveis hormonais, este efeito é perdido, resultando no aumento dos valores de pressão arterial (JARVIE; FOODY, 2010). As alterações hormonais da menopausa estão associadas com o aumento da gordura, especialmente na região abdominal (DAVIS et al., 2012).

Uma explicação diversa para o aumento da multimorbidade em mulheres seria a maior sensibilidade deste sexo à sua condição de saúde e tendência de reportar um número maior de doenças (CARVALHO et al., 2017). A maior utilização dos serviços de saúde por mulheres aumenta a oportunidade de diagnósticos e aumenta a familiaridade com termos médicos e com sinais e sintomas associados as doenças (CARVALHO et al., 2018). No Brasil, as políticas públicas são mais direcionadas à saúde feminina, incluindo programas de prevenção de câncer de mama e de colo de útero, programas de humanização pré-natal, entre outros (CARVALHO et al., 2018). Uma causa adicional que pode ser atribuída à maior prevalência de doenças crônicas em mulheres é a maior probabilidade de morte prematura em homens (CARVALHO et al., 2017). Programas de saúde direcionados aos homens ainda estão sendo consolidados e requerem um melhor desenvolvimento (CARVALHO et al., 2018).

Condição sociodemográfica distinta relacionada à multimorbidade é a pobreza (BARNETT et al., 2012; MARENGONI et al., 2011; JERLIU et al., 2013). As doenças crônicas têm afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas a fatores de risco e, via de regra, possuem menor acesso aos serviços de saúde. Ademais, doenças crônicas levam famílias a uma maior pobreza (MALTA et al., 2014) e a escassez de recursos pode antecipar de dez a quinze anos a ocorrência de multimorbidade (BARNETT, 2012).

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) impactam fortemente na prevalência de doenças crônicas; sendo desigualdades sociais: em especial as diferenças no acesso a bens e serviços de saúde, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação decisórios da

prevalência de doenças crônicas e de agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011; BRASIL, 2013).

De forma contrária, um estudo nacional encontrou aumento na prevalência de multimorbidade em pessoas com mais bens (NUNES et al., 2018). No entanto, uma provável explicação seria o melhor acesso ao serviço de saúde entre essas pessoas e consequente o aumento na chance de diagnósticos de doenças (NUNES et al., 2018).

A baixa escolaridade é associada à multimorbidade (CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2018; AKKER et al., 1998; NAGEL et al., 2008). Um estudo holandês encontrou uma maior prevalência de multimorbidade relacionada à baixa escolaridade e ao uso do sistema de saúde público (AKKER et al., 1998).

A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida (GEIB, 2012), sendo um DSS com impacto na mortalidade e morbidade (CARVALHO et al., 2018; JERLIU et al., 2013).

De modo contrário, para Jerliu et al. (2013) uma maior escolaridade pode estar relacionada com o aumento na multimorbidade, uma vez que a escolaridade pode influenciar na percepção de doenças, acreditando que a consciência das pessoas acerca de seus problemas de saúde pode aumentar a procura por visitas médicas e diagnósticos.

A última característica sociodemográfica relacionada à multimorbidade a ser explorada é viver na área urbana. De 1960 a 2000, a população urbana brasileira aumentou devido as altas taxas de natalidade e de migrações internas (IBGE, 2004). No processo de urbanização as pessoas e as atividades econômicas tornam-se mais concentradas e as moradias tendem a situar-se nas periferias das cidades, onde as deficiências nos serviços como educação, saúde e saneamento persistem (GEIB, 2012).

O Brasil é um país fundamentalmente urbano, injusto e desigual, com manutenção do índice de pobreza urbana devido o descompasso entre a taxa de aumento da força de trabalho e o número de postos de trabalho criados (GEIB, 2012). O agravamento da pobreza e da exclusão social, especialmente nos grandes centros urbanos, piora as desigualdades sociais, dificultando a erradicação da pobreza e da fome (GEIB, 2012). Esses fatores constituem-se importantes DSS para o desenvolvimento de doenças crônicas e consequentemente da multimorbidade. Para Carvalho et al. (2018), residir em área urbana aumenta a chance de diagnósticos de doenças, comparado a moradores de área rural, o que seria outra explicação para o aumento de multimorbidade na área urbana.

O padrão da multimorbidade, além de sua relação com as características sociodemográficas, também é influenciado por fatores individuais de estilo de vida, que podem aumentar o risco de condições crônicas, especialmente em indivíduos mais jovens (CARVALHO et al., 2018). Estes incluem decisões sobre atividades de lazer, hábitos alimentares, comportamentos autodeterminados ou adquiridos social e culturalmente, estando, parcialmente sob seu controle, uma vez que o ambiente social e a situação socioeconômica são DSS que podem limitar as escolhas individuais de estilo de vida (MALTA et al., 2015).

Uma característica individual de estilo de vida, associada à multimorbidade, é o sedentarismo (CIMARRAS-OTAL et al., 2014; CARVALHO et al., 2018). Este representa um problema de saúde pública, com 70% da população adulta não atingindo os níveis mínimos de atividade física, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência de doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, câncer de cólon, câncer de mama, diabetes do tipo II, osteoporose, obesidade, queda, debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade, alterações do humor (GUALANO; TINUCCI, 2011), comprometimento cognitivo leve (KOYANAGI et al, 2018) e limitações funcionais (CARVALHO et al., 2018). Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morram a cada ano devido à inatividade física (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Outra característica associada à multimorbidade é a obesidade, cuja prevalência é 1,5 vezes maior em obesos do que em pessoas com o peso normal (AGRAWAL; AGRAWAL, 2017). No Brasil aproximadamente 15% dos adultos são obesos, e aproximadamente metade da população acima de 20 anos tem sobrepeso (CARVALHO et al., 2018).

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, que leva a prejuízos na saúde dos indivíduos, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, distúrbios do aparelho locomotor, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes não insulino dependente, certos tipos de câncer, (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004), hipertensão (CARVALHO et al., 2018), comprometimento cognitivo leve (KOYANAGI et al, 2018) e mortalidade (LEAL NETO; BARBOSA; MENEHINI, 2016).

A dificuldade em combater a obesidade é uma das principais lutas contra a multimorbidade, devido à complexidade do ganho de peso, influenciada pelos padrões alimentares da globalização e do estilo de vida contemporâneo (CARVALHO et al., 2018).

Outro fator de risco modificável para a multimorbidade é o consumo de tabaco. Tanto o consumo passado quanto atual de tabaco são fatores de risco para multimorbidade (CARVALHO et al., 2018; NUNES et al., 2018). Estima-se que fumar cause 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças do aparelho circulatório (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Apesar da implantação de políticas públicas contrárias ao tabaco, o tabagismo ainda é um fator de risco preponderante para doenças crônicas, com prevalência descrita de 14% em maiores de 18 anos (BRASIL, 2015).

Outro fator de risco para a multimorbidade que causa mortalidade e limitações funcionais ainda maiores do que as produzidas pelo tabagismo é o consumo abusivo de álcool (OMS, 2002), o qual acarreta em diversas consequências negativas na saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades (COSTA et al., 2004). Em 2018, um inquérito nacional revelou prevalência entre 13,8 e 23,5% de consumo abusivo de álcool em maiores de 18 anos (BRASIL, 2019). Estima-se que o uso nocivo do álcool seja responsável por 2,3 milhões de mortes a cada ano, sendo mais da metade desses óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Um estudo de base populacional nacional identificou subgrupos da população mais suscetíveis ao alcoolismo, sendo homens, idosos, indivíduos com pele preta ou parda, de nível social mais baixo, fumantes pesados e que apresentam alguma doença crônica (COSTA et al., 2004), demonstrando novamente que as condições de vida dos indivíduos e da população estão relacionadas com a sua situação de saúde.

Diante deste cenário de diversas situações de risco para multimorbidade, é frequente que estes pacientes utilizem mais o sistema de saúde, principalmente com um grande número de condições coexistentes, incluindo admissões no serviço de emergência (WALLACE et al., 2015) e um número maior de consultas médicas na atenção primária (SALISBURY et al., 2011). Apesar de no Brasil estes dados não estarem disponíveis, no Reino Unido a multimorbidade é responsável por 1/3 das consultas médicas (WALLACE et al., 2015), acarretando em um maior custo com saúde (CHUNG et al., 2016).

Diante da enorme demanda do sistema de saúde de pacientes com doenças crônicas, é de fundamental importância que o cuidado de saúde ocorra de forma integral e essa atenção só é possível se o cuidado for organizado em rede (BRASIL, 2013). A formação de redes

integradas e regionalizadas de atenção à saúde é uma forma eficaz para responder aos desafios das doenças crônicas (MENDES, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, articulados de forma complementar, com base territorial e têm como atributo principal a Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar, com cobertura populacional total, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

A APS tem um papel de extrema importância no cuidado de pacientes com multimorbidade, por suas características complexas e amplas, que perpassam várias áreas do conhecimento médico e devido à sua característica de prevenção e promoção à saúde, bem como de integração e manejo da coordenação de cuidados (BATISTA, 2014; GRUNEIR et al., 2016), de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede (BRASIL, 2013).

Para que isso ocorra conta-se com um modelo de atenção à saúde definido como um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos de doenças crônicas, sendo os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos DSS vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

Para a implementação da RAS em pacientes com doenças crônicas é necessária uma mudança no modelo hegemônico do SUS, que é centrado na doença e no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. A sua implantação exige intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, através da intersetorialidade para a promoção da saúde, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Pacientes com multimorbidade têm uma maior chance de necessitar de internação hospitalar e as internações hospitalares se tornam mais complicadas com o aumento das morbidades, resultando em maior tempo de permanência, maior mortalidade, maior probabilidade de internações múltiplas e readmissões (GRUNEIR et al., 2016).

Devido as consequências negativas, as hospitalizações devem ser eficientemente utilizadas, reforçando o manejo adequado da multimorbidade na APS, incluindo o domicílio como ambiente terapêutico (NUNES et al., 2017). As ações da multimorbidade devem

focalizar a prevenção terciária e quaternária a fim de evitar complicações das múltiplas doenças, iatrogenias e o uso desnecessário dos serviços de saúde (NUNES et al., 2017).

1.2 JUSTIFICATIVA

O número de indivíduos com multimorbidade vem aumentando, com prevalências mundiais estimadas entre 12,9% e 95,1% (VIOLAN et al., 2014) e com variações atribuídas ao grupo etário e à discrepância na conceituação do fenômeno. Com relação à distribuição, a multimorbidade apresenta-se de forma ampliada em idosos, mulheres (LANCET, 2018), estratos sociais com maior privação de renda (BATISTA, 2014), pessoas com menor escolaridade (NUNES; THUMÉ; FACCHINI, 2015) e moradores da área urbana (CARVALHO et al., 2017).

No Brasil, apesar de trabalhos sobre o tema serem ainda incipientes, estudo com adultos jovens encontrou uma prevalência de multimorbidade de 23,6% (CARVALHO et al., 2017) e, dentre pessoas maiores de 50 anos, revelou uma prevalência de 67,8% para indivíduos com duas ou mais doenças e de 47,1% para pessoas com três ou mais doenças (NUNES et al., 2018).

Sobre o perfil etário acredita-se que o envelhecimento populacional, com a consequente redução da capacidade funcional e o aumento da massa corporal na população global tenham contribuído sobremaneira para o aumento das doenças crônicas e consequentemente da multimorbidade. Desta forma, torna-se cada vez mais importante voltar à atenção e o cuidado para a saúde de pessoas com doenças crônicas, em especial de indivíduos idosos, visando o apoio as situações de vulnerabilidade, adoecimento e incapacidade, comuns nesta etapa da vida.

No âmbito das condições clínicas, a multimorbidade se relaciona com diversas complicações, podendo estar relacionadas à exacerbação de doenças crônicas associadas (KOYANAGI et al, 2018), à redução do autocuidado devido à complexidade do tratamento médico (FREUND et al., 2012; FORMAN et al., 2018), à iatrogenias, e ao crescimento do risco de complicações, como em um ciclo vicioso.

Quando se compara indivíduos com uma única condição crônica e aqueles multimórbidos, observa-se maior número de hospitalizações (NUNES et al., 2017), maior tempo de internação, uso do sistema de saúde e gasto com saúde mais elevados, mortalidade precoce (CHUNG et al., 2016), capacidade funcional reduzida (BATISTA, 2014), menor

qualidade de vida (HUNGER et al., 2011), perda de autonomia e maior fragilidade entre multimórbidos (NUNES; THUMÉ; FACCHINI, 2015).

Como a maioria das diretrizes e sistemas de saúde são organizados para tratar doenças isoladas (GRUNEIR et al., 2016), é frequente que pacientes com multimorbidade sejam tratados por diversos profissionais de saúde. Nestes casos, é comum que alguns não consigam aderir a todas as designações médicas, devido à enorme demanda do tratamento de doenças isoladas (BOEHMER et al., 2018), podendo ainda, as consultas múltiplas, aumentar o risco de polifarmácia, decorrente da falha de comunicação entre os diferentes profissionais (LANCET, 2018), e levar à provável cascata de prescrições, acarretando iatrogenias ao portador de multimorbidade (BATISTA, 2014), levando a um cuidado de saúde subótimo (LANCET, 2018) e à insatisfação do paciente (FORMAN et al., 2018).

As evidências mostram que existem interações entre doenças e tratamentos, e entre questões biomédicas e de contexto social, tornando imprudente cuidar de cada condição separadamente, como o que acontece com o trabalho descoordenado de especialistas (BOEHMER et al., 2018). Nesse sentido, a APS representa uma das estratégias mais promissoras para o cuidado destes indivíduos devido ao seu papel de ordenação e integração de cuidados físicos, mentais e sociais, sendo ainda capaz de potencializar a centralidade do sujeito no cuidado à saúde.

Destaca-se aqui a APS também como ordenadora do cuidado da RAS de pessoas com doenças crônicas, por ser o ponto da atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e capacidade de realizar a estratificação de riscos à saúde, a qual subsidiará toda a organização do cuidado em rede (BRASIL, 2013).

Assim, o funcionamento profícuo da RAS perpassa e é codependente do papel central da APS, por meio do trabalho compartilhado entre os seus profissionais e os especialistas focais. O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada e de atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à APS, superando a atuação fragmentada e isolada culturalmente arraigada aos serviços de saúde no Brasil. Para tanto, se faz necessária que a oferta de serviços pela atenção secundária e terciária seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS, e que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção primária (BRASIL, 2013).

Dentro deste contexto e da ciência de que a multimorbidade (pela complexidade de sua natureza e de seus desdobramentos) é frequentemente excluída das investigações em saúde, e que trabalhos sobre este tema, no Brasil, são ainda incipientes, acredita-se na

importância do conhecimento das características de utilização dos serviços de saúde, sociodemográficas e de estilo de vida de indivíduos e populações, bem como, compreender o caminho formal percorrido por pacientes com multimorbidade na rede pública de saúde, a fim de oportunizar a organização de sistemas de saúde de modo eficiente, eficaz e efetivo para o subsídio de estratégias de melhoria de atenção à saúde e de prevenção de complicações a pacientes de maior risco (subsidiando a elaboração de diretrizes de tratamento e o treinamento de profissionais de saúde, diminuindo o risco de hospitalizações evitáveis e de iatrogenias), idealizou-se o presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar pacientes com e sem multimorbidade internados em um hospital de ensino, segundo utilização de serviços na rede de atenção à saúde, características sociodemográficas e de estilo de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a prevalência de multimorbidade em pacientes internados.

Avaliar fatores associados à multimorbidade em pacientes internados.

Analisar características sociodemográficas, de estilo de vida e utilização de serviços de saúde em pacientes internados com e sem multimorbidade.

Delinear o caminho formal percorrido por pacientes com e sem multimorbidade, considerando o uso da rede pública de saúde após a internação hospitalar.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e inferencial, com utilização de dados primários obtidos por meio de entrevista telefônica junto a pacientes que estiveram internados, cuidadores ou familiares, no período de fevereiro a julho de 2018.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O hospital onde foi realizado o estudo é um hospital universitário, que está localizado no estado do Paraná, Brasil, sendo referência para doze municípios e aproximadamente 637 mil habitantes (IBGE, 2019).

O cálculo do tamanho amostral foi determinado através do software Epi. Info 7.1.4. Para tanto, considerou-se o valor médio mensal de pacientes internados ($n=506,6$) multiplicado por 6 (número de meses estimado para a coleta), resultando em uma amostra de 3.040 indivíduos. Para cálculo ponderou-se uma precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho 1, para uma prevalência de 50% de adultos internados com multimorbidade. Utilizou-se esta prevalência na intenção de obtenção da maior amostra possível. Ao total calculado ($n=342$) foram acrescidos 103 indivíduos (30%), considerando as possíveis perdas, resultando na amostra final de 445 indivíduos.

Os critérios de elegibilidade foram: pacientes que permaneceram internados no hospital; membro familiar ou cuidador que tenha acompanhado integralmente o processo de internamento (quando o próprio indivíduo não apresentava condições de responder ao questionário); ter recebido alta hospitalar, no mínimo, 30 dias antes da realização da entrevista; tempo de internação superior a um dia, ser maior de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: gestantes; pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais; pacientes que vieram a óbito; pacientes que tiveram a cirurgia cancelada; pacientes que ficaram internados no Pronto Atendimento; pacientes que não apresentaram contato telefônico; pacientes que não atenderam ao telefone após três tentativas em dias e horários diferentes e pacientes, familiares ou cuidadores que não consentiram em participar do estudo.

3.3 COLETA DE DADOS

Para a obtenção das informações dos pacientes desenvolveu-se um questionário estruturado, baseado em instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2013; 2015) e publicações (PAIVA; GOMES, 2007; PICOLOI; DIAS; CHAVESII, 2009; SANTOS et al., 2014), contendo questões que validassem a presença das doenças crônicas investigadas. As mesmas foram obtidas através de informações prévias, constantes no prontuário eletrônico do paciente, considerando-se as respostas para o motivo da internação e as doenças crônicas registradas, e confirmadas por meio de entrevista telefônica, com vistas a subsidiar a classificação dos grupos com ou sem multimorbidade.

Para o alcance das características sociais verificou-se as variáveis: sexo, idade, cor da pele, estado civil, residir sozinho, escolaridade e renda mensal, as quais foram obtidas através do prontuário (sexo e idade) e da entrevista telefônica (cor da pele, estado civil, residir sozinho, escolaridade e renda mensal). No que diz respeito as características de estilo de vida, as variáveis consideradas foram ser: fumante, ex fumante, etilista, ex etilista, sedentário e obeso, as quais, em sua totalidade, foram obtidas através da entrevista telefônica.

As características de utilização de serviços de saúde (setor de internamento, tempo de internação, internação na UTI, tempo de internação na UTI, internação hospitalar anterior, necessitou de atendimento da assistente social durante a internação, agendamento de retorno ao hospital no pós-alta, encaminhamento para a unidade de saúde, comparecimento na unidade de saúde após a alta, comparecimento no especialista após a alta, retorno para casa no pós-alta, precisar de ajuda em casa para realizar as atividades de vida diária no pós-alta e precisar da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas no pós-alta) foram obtidas através do prontuário eletrônico (setor de internamento, tempo de internação, internação na UTI, tempo de internação na UTI e internação hospitalar anterior) e da entrevista telefônica (necessitou de atendimento da assistente social durante a internação, agendamento de retorno ao hospital no pós-alta, encaminhamento para a unidade de saúde, comparecimento na unidade de saúde após a alta, comparecimento no especialista após a alta, retorno para casa no pós-alta, precisar de ajuda em casa para realizar as atividades de vida diária no pós-alta e precisar da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas no pós-alta).

A coleta de dados contou com três etapas: *1ª etapa*: acesso ao sistema próprio de informática do hospital para coleta de informações sobre internação: nome do paciente, motivo da internação (CID-primário), data da internação, data da alta, motivo da alta e setor de internamento, com vistas a elencar pacientes elegíveis. *2ª etapa*: acesso ao prontuário eletrônico do paciente elegível, onde foram coletadas informações, sobre as doenças crônicas, sociodemográficas, de utilização de serviços de saúde e contato telefônico (conforme supracitado). *3ª etapa*: entrevista com questionário estruturado, por meio de ligação telefônica, podendo ser direcionada ao próprio paciente, cuidador ou familiar. Todas as etapas foram realizadas por pesquisadores previamente treinados e calibrados. Todos os pacientes elegíveis durante o período da pesquisa foram considerados a participar do estudo.

Após a explicação dos objetivos do estudo, meios e intermeios de coleta, análise e divulgação de resultados, os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa foram então considerados. O tempo médio da realização das entrevistas foi de 20 minutos.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

3.4.1 Variável dependente

Considerou-se como variável dependente a ocorrência (presença/ausência) de multimorbidade. Esta variável foi criada a partir da análise das respostas do motivo da internação e presença de doenças crônicas. Os critérios de inclusão do grupo sem multimorbidade foram a presença de apenas uma ou nenhuma doença crônica, a presença de doenças ou condições agudas e doenças ou condições crônicas submetidas a cirurgia de reparo.

Adentraram ao grupo com multimorbidade os indivíduos que apresentaram a coocorrência de duas ou mais condições crônicas (GRUNEIR et al., 2016), sendo elas: hipertensão arterial sistêmica (HAS); diabetes mellitus (DM); acidente vascular cerebral (AVC); dislipidemia; doenças cardíacas: história de cateterismo ou revascularização, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio, arritmia, cardiopatia, doença da artéria coronária e coronariopatia; doenças pulmonares: doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema pulmonar e bronquite; doenças autoimunes: esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, pênfigo vulgar, lupus eritematoso sistêmico; demências: alzheimer, parkinson; transtornos mentais: ansiedade e depressão; câncer; doença renal;

hepatite alcoólica; epilepsia; dor crônica: cervicália, dor dorsal, dor em joelhos, dor de origem central; anemia crônica; doenças reumáticas: artrite, artrose, gota; osteoporose; infecção crônica: osteomielite, infecção na coluna, úlcera venosa; polineuropatia; alteração visual; incontinência: urinária e fecal e hiperplasia prostática.

3.4.2 Variáveis independentes

Para análise dos fatores associados à presença de multimorbidade, considerou-se como variáveis independentes a utilização de serviços na rede de atenção à saúde, subdivididos em intra-hospitalar, extra-hospitalar e domiciliar, as características sociodemográficas e de estilo de vida.

Já para a análise do caminho formal da rede de atenção à saúde pública, considerou-se os serviços de atenção primária e secundária à saúde, considerando-se o período de 30 dias após a alta hospitalar.

3.4.3 Análise dos fatores associados à multimorbidade

Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa. Para testar a associação entre a variável dependente “presença de multimorbidade” e as variáveis independentes realizou-se inicialmente análise bivariada pelo teste qui-quadrado e estimou-se a magnitude do efeito de cada variável calculando-se a *Odds ratio* (OR) bruto e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%. Na sequência, realizou-se análise de regressão logística pelo método de entrada *stepwise*, com base no valor de verossimilhança. As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo, permanecendo nos modelos se atingissem $p < 0,05$ e/ou ajustassem o modelo. Os dados foram analisados utilizando o *software* estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18. O modelo gerou uma capacidade explicativa de 80%.

3.4.4 Análise do caminho formal percorrido na rede

Para fins de delineamento do caminho percorrido por pacientes com e sem multimorbidade, considerando a rede pública de saúde, buscou-se a montagem de um fluxograma, onde considerou-se que o paciente percorreu o trajeto na APS quando

encaminhado no momento da alta hospitalar ou no momento do retorno ao especialista. Já no que tange à atenção secundária à saúde (ASS), considerou-se o encaminhamento na alta hospitalar, ou durante a consulta do paciente na APS.

O fluxograma consiste em uma técnica de representação gráfica que utiliza símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa de determinado fluxo ou de um processo, bem como sua análise e redesenho (TABILE et al., 2015).

3.5 ÉTICA DA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (parecer nº 2.461.494/2018; CAAE: 81453417.1.0000.0105, respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

4 RESULTADOS

4.1 RELAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA E DE ESTILO DE VIDA

A amostra foi formada efetivamente por 445 pacientes internados, sendo 306 (68,8%) com ausência e 139 (31,2%) com presença de multimorbidade. Dos 306 indivíduos sem multimorbidade, 187 não apresentavam doenças crônicas (61,1%) e 119 (38,9%) referiram uma doença crônica.

A tabela 1 apresenta a prevalência de doenças crônicas associadas, onde verifica-se que na grande maioria dos casos os pacientes possuíam duas ou três doenças.

Tabela 01. Quantidade de doenças crônicas em indivíduos com multimorbidade internados em um Hospital de Ensino do Paraná. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=139).

Quantidade de doenças	Pacientes (n)	%
2	88	63,31
3	39	28,06
4	11	7,91
5	1	0,72

Fonte: A autora.

Em relação à distribuição das doenças crônicas em pacientes com multimorbidade (n=139), foram citadas 342 ocorrências de doenças, sendo 26 tipos de doenças distintos e frequentes repetições de doenças. As doenças mais prevalentes foram: HAS e DM com prevalência de 33,6% e 16,4%, respectivamente, do total de doenças citadas (n=342) e estas doenças se fizeram presentes em 82,7%, e 40,3%, respectivamente, dos multimórbidos (Tabela 02).

Tabela 02: Distribuição das doenças crônicas em indivíduos com multimorbidade, segundo frequência, porcentagem das doenças totais (n=342) e porcentagem dos pacientes com multimorbidade (n=139), internados em um Hospital de Ensino do Paraná. Ponta Grossa, Paraná 2018.

(continua)			
Doença crônica	Frequência (n)	% Geral	% por Paciente
HAS	115	33,6	82,73
DM	56	16,3	40,29
Doença cardíaca	26	7,60	18,71

			(conclusão)
Transtorno mental	24	7,02	17,27
AVC	19	5,56	13,67
Dislipidemia	18	5,26	12,95
Doença pulmonar	16	4,68	11,51
Demência	10	2,92	7,19
Epilepsia	9	2,63	6,47
Doença autoimune	7	2,05	5,04
Doença reumática	7	2,05	5,04
Dor crônica	7	2,05	5,04
Doença renal	5	1,46	3,60
ICC	4	1,17	2,88
Outros	19	5,56	13,68

Fonte: A autora.

Notas: HAS: hipertensão arterial sistêmica, DM: diabetes *mellitus*, AVC: acidente vascular cerebral, ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Na análise bivariada verificou-se que a maioria das variáveis referentes à utilização de serviços de saúde intra-hospitalar apresentaram associação com a presença de multimorbidade, visto que das seis variáveis investigadas, apenas uma delas não atingiu o nível de significância de $p \leq 0,05$ (Tabela 03).

Tabela 03 - Serviços de saúde intra-hospitalar utilizados por indivíduos internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=445).

(continua)

Variável e Classe	Presença n (%)	Ausência n (%)	Total n (%)	OR ¹ bruta (IC ⁹⁵ %)	<i>p</i> valor
<i>Setor de internação</i>					
Clínica Cirúrgica	78 (56)	280 (92)	358 (80)	8,42	0,000*
Outros (médica, neuro e infecto)	61 (44)	26 (8)	87 (20)	(4,99-14,21)	
<i>Tempo de internação</i>					
Até 3 dias	44 (32)	199 (65)	243 (54)	--	0,000*
4 a 7 dias	53 (38)	75 (25)	128 (29)		
Mais de 7 dias	42 (30)	32 (10)	74 (17)		
<i>Internação em UTI</i>					
Não	106 (76)	285 (93)	391 (88)	4,22	0,000*
Sim	33 (24)	21 (7)	54 (12)	(2,34-7,63)	

<i>Tempo de internação em UTI</i>					
Até 5 dias	18 (13)	15 (5)	33 (62)	2,50	0,136*
Mais de 5 dias	15 (11)	5 (2)	20 (38)	(0,74-8,49)	
Não respondeu	0	1 (0)	1 (0)		
<i>Internação hospitalar anterior</i>					
Não	108 (78)	220 (72)	328 (74)	0,73	0,198*
Sim	31 (22)	86 (28)	117 (26)	(0,46-1,17)	
<i>Necessitou de atendimento com assistente social durante a internação</i>					
Sim	111 (80)	248 (81)	359 (88)	1,07	0,827
Não	15 (11)	36 (12)	51 (12)	(0,56-2,04)	
<i>Agendamento de retorno ao hospital, pós-alta</i>					
Não	12 (9)	5 (2)	17 (4)	0,17	0,0003*
Sim	126 (91)	301 (98)	427 (96)	(0,06-0,50)	
Não precisou	1 (0)	0	1 (0)		

Fonte: A autora.

Notas: * Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

^IOR – Odds Ratio (Razão de chances)

^{II} IC – Intervalo de confiança

Na análise bivariada da utilização de serviços de saúde extra-hospitalar e domiciliar, verificou-se que a maioria das variáveis estiveram associadas com a presença de multimorbidade (Tabela 04).

Tabela 04 - Serviços de saúde extra-hospitalar e domiciliar utilizados por indivíduos internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=445).

(continua)

Variável e Classe	Presença n (%)	Ausência n (%)	Total n (%)	OR ^I bruta (IC ^{II} 95%)	p valor
<i>EXTRA-HOSPITALAR</i>					
<i>Encaminhamento para a unidade de saúde</i>					
Não	107 (77)	247 (81)	354 (80)	1,25	0,365
Sim	31 (22)	57 (19)	88 (20)	(0,77-2,05)	
Não respondeu	1 (0)	2 (0)	3 (0)		

<i>Após a alta hospitalar foi à unidade de saúde</i>					
Não	108 (78)	220 (72)	328 (75)	0,66	0,099*
Sim	27 (19)	83 (27)	110 (25)	(0,40-1,08)	
Não precisou	4 (0)	3 (0)			
<i>Após a alta hospitalar foi ao especialista</i>					
Não	96 (69)	235 (77)	331 (74)	1,48	0,083*
Sim	43 (31)	71 (23)	114 (26)	(0,94-2,32)	
Não precisou	4 (0)	3 (0)			
<i>DOMICILIAR</i>					
<i>Quando teve alta voltou para sua casa</i>					
Sim	127 (91)	283 (92)	410 (92)	1,16	0,685
Não	12 (9)	23 (8)	35 (8)	(0,56-2,41)	
<i>Em sua casa, precisou da ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias</i>					
Não	38 (27)	109 (36)	147 (33)	1,47	0,085*
Sim	101 (73)	197 (64)	298 (67)	(0,95-2,28)	
<i>Em sua casa, precisou da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas</i>					
Não	82 (59)	241 (79)	323 (73)	2,58	0,00001*
Sim	57 (41)	65 (21)	122 (27)	(1,67-3,98)	

Fonte: A autora.

Notas: * Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

^IOR – Odds Ratio (Razão de chances)

^{II} IC – Intervalo de confiança

Condição semelhante ocorreu com a maioria das variáveis sociodemográficas (Tabela 05) e a totalidade das variáveis inerentes as características de estilo de vida ($p \leq 0,05$) (Tabela 06).

Tabela 05 - Perfil sociodemográfico de pacientes internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=445).

(continua)

Variável e Classe	Presença n(%)	Ausência n(%)	Total n(%)	OR ^I bruta (IC ^{II} 95%)	p valor
<i>Sexo</i>					
Masculino	55 (40)	137 (45)	192 (43)	0,808	0,304
Feminino	84 (60)	169 (55)	253 (57)	(0,53–1,21)	

<i>Idade</i>					
18-40 anos	9 (6)	91 (30)	100 (22)	--	0,000*
41-60 anos	54 (39)	155 (51)	209 (47)		
Mais de 60	76 (55)	60 (20)	136 (31)		
<i>Cor da pele</i>					
Branca	99 (71)	194 (63)	293 (66)	0,70	0,107*
Outras	40 (29)	112 (37)	151 (34)	(0,45-1,08)	
<i>Estado Civil</i>					
Casado/ União estável	85 (61)	200 (65)	285 (64)	--	0,000*
Solteiro	12 (9)	57 (19)	69 (15)		
Desquitado/Divorciado	15 (11)	29 (9)	44 (10)		
Viúvo	27 (19)	20 (7)	47 (11)		
<i>Reside sozinho</i>					
Sim	18 (13)	33 (11)	51 (12)	1,23	0,506
Não	121 (87)	273 (89)	394(88)	(0,67-2,27)	
<i>Escolaridade</i>					
Analfabeto e alfabetizado	19 (14)	89 (29)	108 (24)	--	0,000*
De 6 a 9 anos de estudo completos	36 (26)	115 (38)	151 (34)		
10 ou mais anos de estudos completos	84 (60)	102 (33)	186 (42)		
<i>Renda Mensal</i>					
>1 salário mínimo ^{III}	27 (19)	73 (24)	100 (24)	--	0,146*
1 > 2 salários mínimos ^{III}	72 (52)	169 (55)	241 (56)		
2 ≥ salários mínimos ^{III}	33 (24)	50 (16)	83 (20)		
Não sabe/não respondeu					

Fonte: A autora.

Notas: * Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

^IOR – Odds Ratio (Razão de chances)

^{II} IC – Intervalo de confiança

^{III} Salário mínimo brasileiro R\$954,00.

Tabela 06 - Perfil de estilo de vida de pacientes internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo presença de multimorbidade. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=445).

(continua)

Variável e Classe	Presença n(%)	Ausência n(%)	Total n(%)	OR ^I bruta (IC ^{II} 95%)	p valor
<i>Fumante</i>					
Sim	18 (13)	56 (18)	74 (17)	--	0,012*
Ex fumante	55 (40)	79 (26)	134 (30)		
Não	66 (47)	171 (56)	237 (53)		

<i>Etilista</i>					
Sim	2 (1)	13 (4)	15 (3)	--	0,003*
Ex etilista	26 (19)	26 (8)	52 (12)		
Não	111 (80)	267 (87)	378 (85)		
<i>Sedentário</i>					
Sim	46 (33)	150 (49)	196 (44)	1,94	0,002*
Não	93 (67)	156 (51)	249 (56)	(1,28-2,95)	
<i>Obesidade</i>					
Sim	94 (68)	240 (78)	334 (75)	1,74	0,015*
Não	45 (32)	66 (22)	111 (25)	(1,11-2,72)	

Fonte: A autora.

Notas: * Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

^IOR – *Odds Ratio* (Razão de chances)

^{II} IC – Intervalo de confiança

Permaneceram associadas à presença de multimorbidade, no modelo múltiplo final ajustado, as variáveis: idade, setor de internamento, tempo de internação, necessidade de auxílio no domicílio para realização de atividades diárias, sedentarismo e obesidade (Tabela 07).

Pacientes com idade entre 40 e 60 anos e mais de 60 anos apresentaram 4,25 e 14,89 mais chances de apresentar multimorbidade em detrimento aos mais jovens. Indivíduos internados nos setores de clínica médica, neurologia e infectologia e com dias de internamento superior a três (4 a 7 dias; 7 dias ou mais) apresentaram, respectivamente, 7,76, 2,21 e 2,56 mais chances de dispor de multimorbidade. Sujeitos que precisaram de ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias no pós-alta hospitalar, igualmente apresentaram mais chances de desenvolver multimorbidade (OR=1,75). Condição semelhante ocorreu com indivíduos sedentários e obesos. Quando estas condições se faziam presentes as chances do indivíduo manifestar multimorbidade elevavam-se em 1,71 e 3,01 vezes, respectivamente (Tabela 07).

Tabela 07 - Análise múltipla da associação entre presença de multimorbidade e variáveis independentes. Ponta Grossa, Paraná 2018 (n=445).

Variável	OR ajustada (IC 95%)	p valor
Idade		
18 a 40 anos	1,00	0,00
41 a 60 anos	4,25 (1,80- 10,04)	0,001
Mais de 60 anos	14,89 (6,04- 36,69)	0,00
Setor de internamento		
Clínica Cirúrgica	1,00	0,00
Outros (médica, neuro e infecto)	7,76 (4,07-14,82)	
Tempo de internação		
Até 3 dias	1,00	0,006
4 a 7 dias	2,21 (1,25-3,92)	0,007
Mais de 7 dias	2,56 (1,26-5,21)	0,009
Em sua casa, precisou da ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias		
Não	1,00	0,046
Sim	1,75 (1,01-3,04)	
Sedentarismo		
Não	1,00	0,038
Sim	1,71 (1,03-2,83)	
Obesidade		
Não	1,00	0,00
Sim	3,01 (1,69-5,36)	

Fonte: A autora.

Notas: Ajuste do modelo: - 2 Log LR= 391,356 e $R^2=0,304$.

Hosmer and Lemeshow test = 0,558.

Capacidade explicativa 80%.

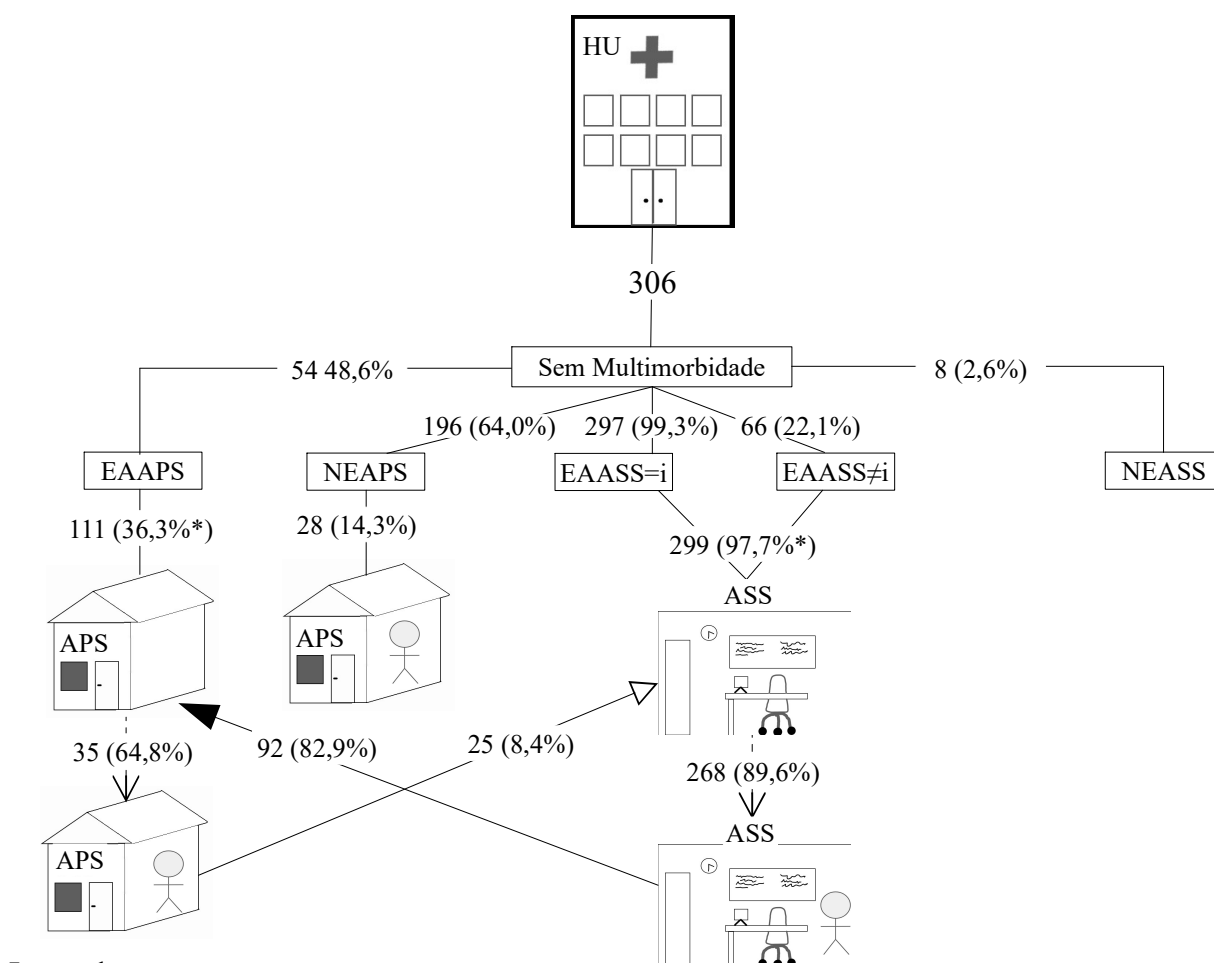
4.2 CAMINHO FORMAL DA REDE PÚBLICA DE CUIDADO EM SAÚDE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGUNDO MULTIMORBIDADE

Em relação ao grupo com multimorbidade (n=139) e a APS, 59 sujeitos (42,4%) relataram terem sido encaminhados a algum ponto da rede de APS após a alta hospitalar (n=31; 52,5%) ou após o retorno ao especialista do hospital (n=44; 74,6%). Alguns pacientes relataram também que o encaminhamento à APS ocorreu por iniciativa de mais de um profissional, considerando-se o momento da alta do hospital e da consulta de retorno com o especialista. Dos pacientes que foram encaminhados no momento da alta hospitalar, 19 (61,3%) efetivamente compareceram à consulta na APS. O comparecimento dos pacientes encaminhados no momento do retorno ao especialista não pode ser verificado, uma vez que a maioria afirmou que suas consultas de retorno ocorreram após 30 dias da alta hospitalar, período posterior ao término da coleta de dados desta pesquisa. Ainda, dos 80 pacientes

(57,6%) que não foram encaminhados à atenção primária ou não souberam responder, 13 (16,2%) procuraram a APS no período investigado, mesmo sem encaminhamento, para tratar de questões relativas à sua internação (Figura 1).

A Figura 1 mostra também a relação do grupo com multimorbidade e a ASS: 130 (93,5%) entrevistados relataram terem sido encaminhados a algum ponto da rede de atenção secundária à saúde logo após a alta hospitalar, sendo 126 (90,6%) encaminhados para consulta na mesma especialidade que motivou a internação e 43 (30,9%) encaminhados a alguma outra especialidade médica. Ainda, 14 (36,8%) entrevistados afirmaram terem sido encaminhados à atenção secundária por profissionais da APS e 9 (6,5%) disseram não terem sido encaminhados ou não souberam responder. Alguns pacientes relataram também que o encaminhamento à ASS ocorreu por iniciativa de mais de um profissional, considerando-se a equipe de saúde do hospital e da atenção primária. Dentre a totalidade de pacientes encaminhados pela equipe do hospital, independentemente da destinação da especialidade médica, a maioria compareceu à consulta (n=112; 86,2%).

Figura 1 - Caminho percorrido na rede pública formal de saúde por pacientes com multimorbidade, considerando-se o período de pós-alta hospitalar. Hospital Universitário. Paraná. Brasil, 2019.



Legenda:

—▶ Encaminhado contrarreferência

—▷ Encaminhado referência

-----> Comparecimento

HU: Hospital Universitário

APS: Atenção primária à saúde

ASS: Atenção secundária à saúde

EAAPS: Encaminhado na alta à APS

NEAPS: Não encaminhado na alta à APS

EAASS=i: Encaminhado na alta à ASS (especialidade igual da internação)

EAASS≠i: Encaminhado na alta à ASS (especialidade diferente da internação)

NEASS: Não encaminhado na alta à ASS

*Valor total diferente de 100% devido à possibilidade de encaminhamentos múltiplos.

Fonte: A autora.

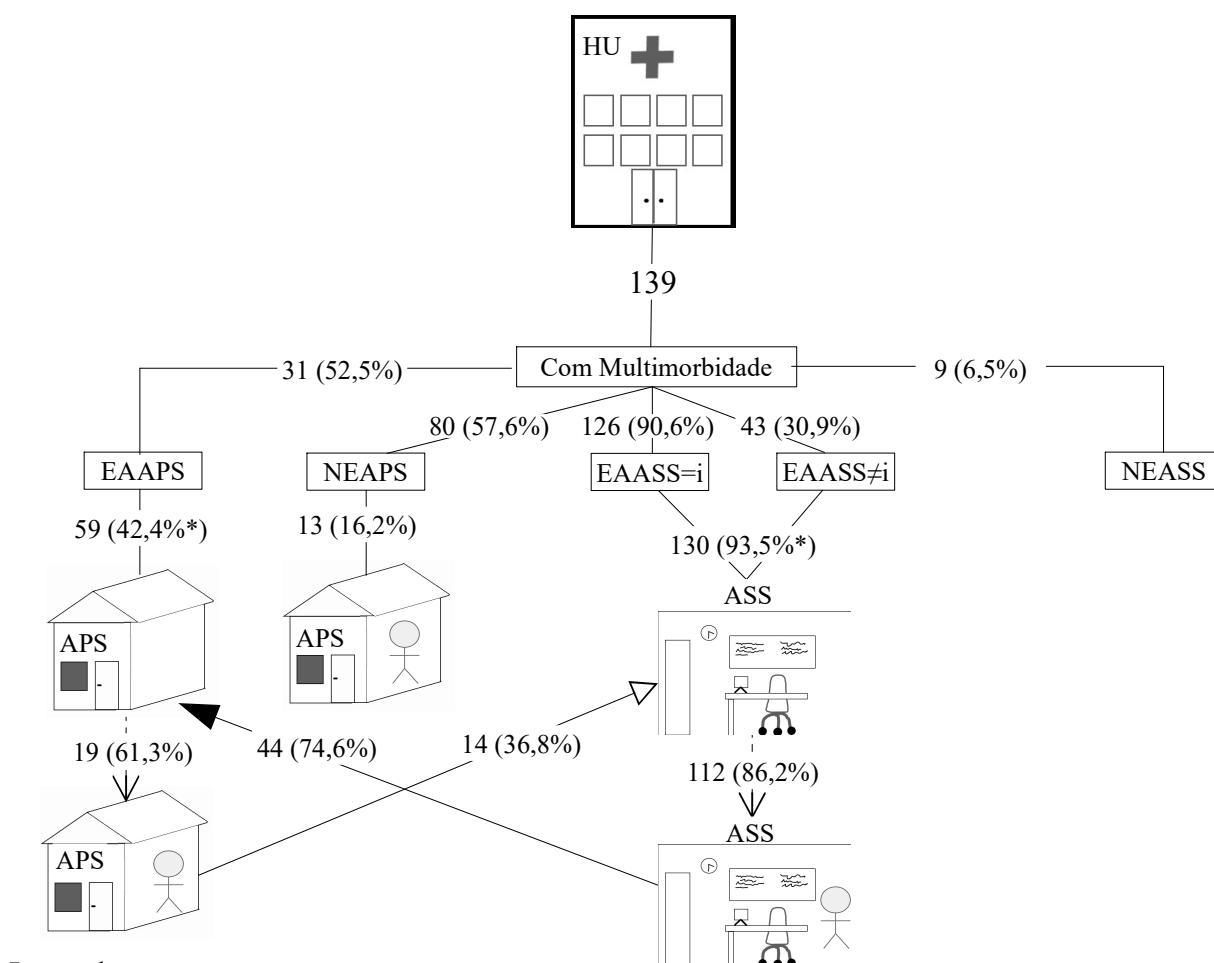
Da totalidade de pacientes com multimorbidade que estiveram internados, apenas 25 (18%) compareceram a todos os pontos da rede de saúde, considerando-se APS e ASS, em até trinta dias após a alta hospitalar.

No que concerne ao grupo sem multimorbidade e a APS, 111 sujeitos (36,3%) relataram terem sido encaminhados a algum ponto da rede de APS após a alta hospitalar (n=54; 48,6%) ou após o retorno ao especialista do hospital (n=92; 82,9%). Alguns pacientes relataram também que o encaminhamento à APS ocorreu por iniciativa de mais de um profissional, considerando-se o momento da alta do hospital e da consulta de retorno com o especialista. Dos pacientes que foram encaminhados no momento da alta hospitalar, 35 (64,8%) efetivamente compareceram à consulta na APS. O comparecimento dos pacientes encaminhados no momento do retorno ao especialista não pode ser verificado, uma vez que a maioria afirmou que suas consultas de retorno ocorreram após 30 dias da alta hospitalar, período posterior ao término da coleta de dados desta pesquisa. Ainda, 196 pacientes (64%) que receberam alta hospitalar não foram encaminhados à atenção primária ou não souberam responder. Entretanto, mesmo sem encaminhamento, 28 (14,3%) procuraram a APS no período investigado, para tratar de questões relativas à sua internação (Figura 2).

A Figura 2 evidencia também a relação do grupo sem multimorbidade e a ASS: 299 (97,7%) entrevistados relataram terem sido encaminhados a algum ponto da rede de atenção secundária à saúde logo após a alta hospitalar, sendo 297 (93,3%) encaminhados para consulta na mesma especialidade que motivou a internação e 66 (22,1%) encaminhados a alguma outra especialidade médica. Ainda, 25 (8,4%) entrevistados afirmaram terem sido encaminhados à atenção secundária por profissionais da APS e 8 (2,6%) disseram não terem sido encaminhados ou não souberam responder. Alguns pacientes relataram também que o encaminhamento à ASS ocorreu por iniciativa de mais de um profissional, considerando-se a equipe de saúde do hospital e da atenção primária. Dentre a totalidade de pacientes encaminhados pela equipe do hospital, independentemente da destinação da especialidade médica, a maioria compareceu à consulta (n=268; 89,6%).

Da totalidade de pacientes sem multimorbidade que estiveram internados, 67 (21,8%) compareceram a todos os pontos da rede de saúde, considerando-se APS e ASS, em até trinta dias após a alta hospitalar.

Figura 2 - Caminho percorrido na rede pública formal de saúde por pacientes sem multimorbidade, considerando-se o período de pós-alta hospitalar. Hospital Universitário. Paraná. Brasil, 2019.



Legenda:

—▶ Encaminhado contrarreferência

—▷ Encaminhado referência

-----> Comparecimento

HU: Hospital Universitário

APS: Atenção primária à saúde

ASS: Atenção secundária à saúde

EAAPS: Encaminhado na alta à APS

NEAPS: Não encaminhado na alta à APS

EAASS=i: Encaminhado na alta à ASS (especialidade igual da internação)

EAASS≠i: Encaminhado na alta à ASS (especialidade diferente da internação)

NEASS: Não encaminhado na alta à ASS

*Valor total diferente de 100% devido à possibilidade de encaminhamentos múltiplos.

Fonte: A autora.

5 DISCUSSÃO

5.1 RELAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE ESTILO DE VIDA

A prevalência da multimorbidade no presente estudo foi de 31%, a qual está dentro da encontrada em uma revisão sistemática, de 12,9% a 95,1% (VIOLAN et al., 2014), que considerou apenas estudos com a atenção primária, o que pode incorrer em uma menor prevalência do que a do presente estudo. Por outro lado, a revisão sistemática realizada por Marengoni et al. (2011) encontrou prevalência de multimorbidade maior do que a do presente estudo, de 55 e 98% e também considerou o ambiente hospitalar, porém o trabalho de Marengoni et al. (2011) foi restrito para população idosa, o que justifica o aumento da multimorbidade. Um estudo nacional revelou uma prevalência de 23,6 % de multimorbidade em maiores de 18 anos (CARVALHO et al., 2017). É importante destacar que as variações atribuídas à prevalência da multimorbidade decorrem do grupo etário e definição considerados (VIOLAN et al., 2014), assim como do local investigado.

O presente trabalho encontrou associação com a multimorbidade para as variáveis: idade entre 40 e 60 anos e maior de 60 anos, setor de internamento, tempo de internação, precisar de ajuda de alguém em casa para realizar as atividades diárias, sedentarismo e obesidade.

Verificou-se que indivíduos com idade maior de 60 anos apresentaram 14,89 vezes mais chances de dispor de multimorbidade, em detrimento aos mais jovens. Este achado também é corroborado pela literatura nacional e internacional, que demonstra uma maior prevalência de multimorbidade com o avançar da idade (JERLIU et al, 2013; CARVALHO et al., 2018).

Ainda sobre a maior predisposição à multimorbidade com o envelhecimento, a mesma pode ser explicada não apenas pelas alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento, mas também pelas circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis, tais como baixa renda, moradia precária, insegurança alimentar e medicamentosa, que afetam a saúde no curso da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais suscetível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco (GEIB, 2012).

Diante deste cenário, é de fundamental importância o desenvolvimento de políticas públicas que melhorem o contexto social durante todo o curso da vida através do incentivo econômico, da oferta de educação pública de qualidade igualitária, da coesão e seguridade

social, reduzindo as iniquidades sociais. Diversos estudos apontam que uma maior escolaridade é protetora para diversos problemas de saúde (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006; GEIB, 2012; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), pois está relacionada a uma melhor alimentação e a um menor risco de exposição a fatores de risco de saúde modificáveis, como fumo e ingestão de bebidas alcoólicas, influenciando no bem-estar na fase final da vida (GEIB, 2012).

Apesar de o presente estudo não ter analisado a idade com a situação profissional, ainda assim é importante considerar a possibilidade de uma parcela considerável dos indivíduos entrevistados, com idade entre 40 e 60 anos, estarem no mercado de trabalho. Estes indivíduos expuseram 4,25 vezes mais chances de multimorbidade nesta pesquisa. Dois estudos nacionais reportaram aumento da multimorbidade na população entre 40 e 59 anos, relacionado-a principalmente às desordens mentais e ocupacionais (CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2018).

A hipótese de haver um número significativo de trabalhadores na faixa etária entre 40 e 60 anos sustenta a necessidade de mudança na gestão de políticas públicas de saúde para acolher, de forma mais efetiva, as necessidades de saúde da população trabalhadora. Como exemplo destaca-se o horário limitado de funcionamento da rede básica de saúde brasileira, que pode ser considerado uma barreira à prevenção de multimorbidade nessas pessoas. Outro aspecto importante a ser considerado é a necessidade de mudança de paradigma que apenas a população idosa tem risco aumentado para multimorbidade, visto que no presente trabalho indivíduos maiores de 40 anos expuseram maior chance, nessa lógica, a idade a partir de 40 anos deveria ser um sinal de alerta para as doenças crônicas.

Com relação à utilização de serviços de saúde, no âmbito intra-hospitalar, o setor de internamento pareceu ser um preditor de risco de multimorbidade no presente trabalho, uma vez que pacientes internados nas unidades de clínica médica, neurologia e infectologia apontaram 7,76 vezes mais chances de apresentarem multimorbidade em comparação aos que internaram na clínica cirúrgica. Este achado também foi encontrado em outro estudo de base populacional na região sul do Brasil, onde as hospitalizações de idosos com multimorbidade ocorriam principalmente em unidades não cirúrgicas (NUNES, et al., 2017). O fato se deve, possivelmente, porque uma causa frequente de internação em pacientes com doenças crônicas é a exacerbação da patologia, a qual comumente não requer intervenção cirúrgica.

Outro fator que pareceu aumentar a chance do indivíduo apresentar multimorbidade, no presente estudo, foi o tempo de internação superior a três dias, coadunando com a literatura

mundial (GRUNEIR et al., 2016; SOUSA-MUÑOZ et al., 2013). O maior risco de complicações fisiológicas decorrente do aumento do tempo de internação parece ser a explicação mais razoável (MARENGONI et al., 2011; NUNES et al., 2017).

O incremento nas condições crônicas torna as internações mais complicadas levando, a um maior tempo de permanência no âmbito hospitalar, ao aumento na incidência de mortes durante a internação (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013; GRUNEIR et al., 2016), a uma maior probabilidade de internações múltiplas (GRUNEIR et al., 2016), a uma pior sobrevida pós-hospitalização (SOUSAMUÑOZ et al., 2013), a uma diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida (NUNES et al., 2017). Nesse sentido, o fortalecimento da atenção primária se configura como a estratégia mais promissora para manejar os multimórbidos, prevenindo complicações e internações hospitalares.

Outro aspecto no campo da utilização de serviços de saúde é a relação entre a multimorbidade e a necessidade de ajuda em casa para realizar as atividades diárias, que pode ser explicada pela complexidade do caso do paciente, que demanda mais atenção e cuidado. Segundo estudos, a hospitalização e a demência são as principais causadoras de perda da autonomia e independência em indivíduos com multimorbidade (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013; KOYANAGI et al., 2018).

Um estudo norte-americano encontrou relação entre multimorbidade e pior funcionamento físico, pior força de preensão, velocidade de marcha mais lenta, pior desempenho cognitivo e maior limitação nas atividades de vida diária, quando comparada com pacientes com menos morbidades (WEI et al., 2018). Nessa lógica, a identificação do declínio funcional precoce parece possibilitar a diminuição ou prevenção do declínio funcional de pacientes com multimorbidade (WEI et al., 2018). Assim, o funcionamento físico mostra-se como potencial ferramenta para estratificação de pacientes sob risco de complicações, podendo ser utilizada pela atenção primária no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas.

A relação da multimorbidade com “a necessidade de ajuda em casa para realizar as atividades de vida diária” pode demonstrar o impacto familiar, social e econômico que a multimorbidade representa. Nesse sentido, a visita domiciliar prestada pela APS pode significar um subterfúgio interessante de suporte familiar em pacientes com multimorbidade, que deve ser incentivada, especialmente no pós-alta hospitalar.

Em relação às variáveis conexas ao estilo de vida, indivíduos sedentários e obesos expuseram, respectivamente 1,7 e 3 vezes mais chances de dispor de multimorbidade em

relação aos demais. Ambos resultados, são corroborados pela literatura, que mostra uma tendência linear entre o número de doenças e condições crônicas de saúde e o índice de massa corpórea (LEAL NETO; BARBOSA; MENEHINI, 2016), sendo a obesidade considerada tanto uma doença como um fator de risco para outras doenças crônicas (CARVALHO et al., 2018).

Uma hipótese em relação ao ganho de peso diz respeito à influência de determinados fatores ambientais do início da vida com alterações na carga genética do indivíduo, sugerindo uma forte associação entre os agravos ambientais ocorridos na vida fetal ou nas fases iniciais da vida e o surgimento de doenças crônicas ao longo da vida, como obesidade, hipertensão, diabetes do tipo II, distúrbios psiquiátricos, dentre outras (SILVEIRA et al., 2007).

Diante deste contexto e da ciência de que aproximadamente dois terços das mortes prematuras e um terço da carga total de morbidade dos adultos podem estar ligadas a condições ou comportamentos que se iniciaram na juventude, é relevante a manutenção da saúde com enfoque no “curso da vida” relacionado a comportamentos e estilo de vida, com início na gestação para proteger o feto e incorporação na infância, mantendo-os até a velhice (GEIB, 2012).

Outro aspecto importante a ser destacado se refere ao contexto social da obesidade, visto que o baixo custo de alimentos altamente calóricos torna estes alimentos mais acessíveis às pessoas de menor renda, sugerindo que a obesidade pode ser um marcador social da carência nutricional (GEIB, 2012). Um estudo nacional revelou associação inversa entre anos de estudo, excesso de peso e obesidade, demonstrando que mesmo em uma população com baixa renda, um maior nível de escolaridade tem impacto na prevenção do excesso de peso e nas escolhas alimentares (LINS et al., 2013).

Diante deste cenário, é importante incentivar a promoção a saúde através do combate ao sedentarismo e obesidade, os quais, no presente trabalho estiveram associados à multimorbidade. Sendo a APS corresponsável fundamental, o Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) veio apoiar neste processo com iniciativas diretivas à prevenção destes agravos, através da atuação de equipes multiprofissionais junto a equipes de saúde da APS por meio de matriciamento (BRASIL, 2017), e fortalecimento/ execução de programas como Academia de Saúde (BRASIL, 2014) e Saúde na Escola (BRASIL, 2011).

Nesse universo, a implementação de ações intersetoriais em articulação com as políticas de saúde tem contribuído sobremaneira com a redução das doenças crônicas. Alguns exemplos de medidas intersetoriais exitosas são: aumento do imposto e proibição/restrição às

propagandas do tabaco, álcool e alimentos com muito sal, gordura e açúcar; obrigatoriedade de redução do sal, gordura e açúcar dos alimentos; promoção à alimentação saudável, à amamentação adequada e alimentação complementar na primeira infância e programas de incentivo a atividade física nas escolas, comunidades e locais de trabalho (MALTA et al., 2014).

Apesar do inquestionável benefício da promoção de ações de combate ao sedentarismo e obesidade, a ciência que a vida intrauterina e infantil pode influenciar no desenvolvimento de doenças crônicas em adultos (SILVEIRA et al., 2007), torna relevante o direcionamento de ações de prevenção de doenças crônicas à promoção de saúde pré-natal e infantil.

Outro aspecto indispensável para a prevenção da multimorbidade é a melhoria dos DSS, com enfoque na distribuição de renda, na melhora da educação, da coesão e da seguridade social, uma vez que estes determinantes têm potencial para reduzir a vulnerabilidade de exposição a fatores de risco de saúde, em toda a população.

5.2 CAMINHO FORMAL DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGUNDO MULTIMORBIDADE

O fluxo da rede pública e formal de cuidado em saúde de pacientes hospitalizados evidenciou uma alta prevalência de encaminhamento e comparecimento na ASS e um baixo encaminhamento e comparecimento na APS, para ambos os grupos investigados. Ainda, apenas 18% dos pacientes com multimorbidade e 21,8% dos sem multimorbidade foram atendidos nos três níveis de atenção. Entende-se que a semelhança de comparecimento em todos os pontos da rede por ambos os grupos é um problema, por tratar de forma igual populações desiguais e consequentemente com necessidades diversas, rompendo-se aqui o princípio doutrinário do SUS: a equidade.

Também o número de comparecimento na APS é extremamente baixo, para ambos os grupos, pois todos os pacientes deveriam passar por este ponto de atenção, configurando um retrato claro do funcionamento inadequado da RAS na área de abrangência desse estudo, e de falha no cumprimento do papel ordenador da rede e coordenador do cuidado pela APS. Para a APS cumprir o papel de ordenadora do sistema de atenção à saúde, na perspectiva da RAS, deve cumprir três funções essenciais: função resolutiva de atender 85% dos problemas mais comuns de saúde, função coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e

informações nas redes e função de responsabilização pela saúde da população usuária adscrita a sua região. (MENDES, 2012).

Em relação ao baixo número de encaminhamentos à APS e ao seu papel central na RAS, é importante ressaltar que a responsabilidade desse nível de atenção é a promoção de saúde, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos à saúde. Assim, visto que a totalidade da população investigada experienciou uma internação hospitalar, e tendo ciência de que o pós-alta é um período de vulnerabilidade a complicações à saúde especialmente nesses pacientes, seria esperado que os mesmos tivessem acompanhamento de saúde pela APS, de modo a garantir a longitudinalidade e a integralidade de seu cuidado. A RAS preconiza o papel central na APS, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede, destacando a necessidade de uma atuação forte e robusta, com boa cobertura populacional, como item essencial para a constituição da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Ainda, apesar da frequência de pacientes a todos os níveis de atenção não ser condição *sine qua non* no cuidado à saúde, 93,5% e 97,4% dos pacientes com e sem multimorbidade, respectivamente, foram encaminhados à ASS e apenas menos da metade deles foram encaminhados à APS, o que denota uma falha do hospital no contrarreferenciamento para a APS e uma falta de vínculo destes sujeitos com a APS.

No que diz respeito aos pacientes com multimorbidade, a literatura reforça a importância do acompanhamento destes pacientes pela APS, uma vez que grande parte das morbidades mais frequentes são sensíveis à atenção primária (FREUND et al., 2012). Outro aspecto relevante relacionado a este nível de atenção é o benefício do acompanhamento regular de pacientes com multimorbidade por médicos generalistas, que devido potencial de garantia de continuidade do cuidado, parece ter um papel fundamental na melhora de desfechos negativos, como hospitalização, múltiplas hospitalizações e readmissões (GRUNEIR et al., 2016; CHUNG et al., 2016).

Para Starfield (2002, p. 247), “embora a palavra continuidade seja usualmente empregada no lugar de longitudinalidade, esta última transmite melhor a ideia do que a anterior”, uma vez que a longitudinalidade é uma característica exclusiva da APS e se refere a uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes que transcenda a presença de problemas, permitindo a integralidade da atenção. Por intermédio desta relação os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais e deste modo o paciente passa a ser tratado como uma pessoa

completa, cujos valores e preferências são levados em consideração, incorrendo na facilidade do reconhecimento de problemas de saúde, na escolha do usuário de retornar ao profissional que o encaminhou para contar sobre como sua saúde está, na redução das internações hospitalares, na diminuição de custos com saúde e na satisfação dos pacientes (STARFIELD, 2002).

A continuidade da atenção por sua vez descreve o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou frequentam a mesma unidade de saúde em um determinado período de tempo, podendo ser uma característica tanto da atenção primária, quanto secundária, estando a continuidade orientada no manejo de problemas e não de atenção às pessoas, podendo ser alcançada por diversos mecanismos, como um profissional que atende um paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado. Nessa perspectiva, a atenção de multimórbidos deve ser pautada não apenas na continuidade do cuidado, mas sobretudo, na longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

Nessa lógica, para abarcar a longitudinalidade do cuidado, é importante a compreensão do processo de saúde e doença de pacientes com multimorbidade, que pode ser alcançada através do conhecimento do itinerário terapêutico percorrido por estes pacientes, ou seja, do conhecimento dos pontos procurados pelo paciente para falar ou tratar sua saúde, quer seja formal ou informal, tal como centros religiosos, por exemplo, permitindo a compreensão da percepção do paciente sobre a doença, conhecendo os dispositivos de cuidado acionados por ele e por sua família no enfrentamento da doença, podendo sugerir um olhar mais ampliado por parte dos profissionais de saúde sobre o universo cultural dos usuários, de modo a adequar práticas e atingir resultados mais efetivos (CABRAL et al., 2011).

Apesar de consolidada a melhoria da condição de saúde do paciente com multimorbidade atendido na APS, é importante investigar a causa da ausência de encaminhamento destes pacientes ao nível primário. Pode-se inferir que o pequeno número de pacientes com multimorbidade acompanhadas pela APS decorra da fragmentação do cuidado, demonstrando uma falta de comunicação e de referenciamento entre os diferentes níveis da RAS, bem como a deficiência na tarefa de coordenação do cuidado pela APS. O fato pode ainda decorrer de aspectos socioculturais, como a reiterada busca de usuários por serviços de maior complexidade como porta de entrada da rede de saúde, por motivo de dificuldade de acesso à rede primária ou ao estigma que os hospitais são mais resolutivos (USCHER-PINES et al., 2013).

Outro aspecto observado foi a tendência discreta de maior número de encaminhamentos à APS no grupo com multimorbidade, que pode ser explicada pela maior predisposição à complicações (KHECHEN et al., 2019), maior necessidade de orientação, apoio e cuidado familiar, devido à complexidade da interação de múltiplas doenças e tratamentos.

Mundialmente, pacientes com múltiplas doenças vêm determinando quadros habituais na rotina dos serviços primários de saúde, sendo relevantes e atuais as reflexões sobre intervenções efetivas para a melhoria dos desfechos em saúde desses sujeitos não somente no âmbito da atenção primária, mas também sobre os seus desdobramentos no contexto da comunidade e dos domicílios. Assim, o repensar das práticas primárias à saúde de pacientes multimórbidos deve perpassar não somente pela instrumentalização e sensibilização de profissionais; mas também de familiares, nos quais as dimensões afetivas, cognoscentes e de cuidado devem estar presentes.

Em pacientes com doenças crônicas agudizadas, a internação hospitalar tem grande chance de acontecer e pode se tornar mais complicada com o aumento de morbididades, resultando em maior tempo de permanência, maior mortalidade, maior probabilidade de internações múltiplas e readmissões (GRUNEIR et al., 2016) e maior gasto com serviços de saúde (ARRIETA; GARCIA-PRADO, 2015). Nesse sentido, as hospitalizações deveriam ser eficientemente utilizadas, reforçando o manejo adequado da multimorbidade na APS e incluindo o domicílio como ambiente terapêutico (NUNES et al., 2017). Porém, quando necessária a internação hospitalar, torna-se fundamental a integração entre os serviços de saúde, com compartilhamento de informações (GRUNEIR et al., 2016).

Verificando-se agora o comparecimento na APS e na ASS, pode-se examinar maior frequência, de ambos os grupos investigados, na ASS. Atribui-se este achado à falta de valorização da APS, não somente por parte da população que não está comparecendo neste serviço, mas também por parte da própria equipe de saúde, ao frequentemente não considerar esse serviço durante o seu processo de encaminhamento. Starfield (2002) relata que a grande maioria de pacientes atendidos por especialistas não é reencaminhada ao médico responsável pelo primeiro encaminhamento.

O maior encaminhamento à ASS em detrimento da APS pode ser explicado pelo paradigma vigente da racionalidade biomédica, que sedimentou a atenção à saúde, fragmentando-a em inúmeros especialistas e partes restritas do corpo humano. Especialmente os multimórbidos, são tratados por diversas especialidades distintas, com variadas

intervenções como se fossem pacientes diferentes, em que com frequência ninguém se responsabiliza pela globalidade do tratamento e cuidado, dificultando uma atenção integral (TESSER; LUZ, 2008).

Apesar do reconhecimento atual da importância de superação da fragmentação em saúde, a maioria das universidades ainda formam profissionais de forma fragmentada e o sistema de saúde, não obstante em teoria aja de forma integral, na prática ainda não consegue alcançar a integralidade, como exemplo a ser citado o baixo encaminhamento e comparecimento na APS no presente estudo.

Nesse sentido a equipe multiprofissional é uma estratégia promissora para superar a fragmentação do modelo biomédico e a APS é o nível da rede com maior potencial para alcançar a longitudinalidade do cuidado (TESSER; LUZ, 2008).

Ainda em relação à ASS e a diferença entre os grupos, observa-se uma menor solicitação de retorno ao hospital em pacientes com multimorbidade, considerando-se a mesma especialidade que motivou a internação (90,3% e 99,6%, para pacientes com e sem multimorbidade, respectivamente). Este fato pode estar relacionado à maior prevalência de pacientes em situação de pós-operatório no grupo sem multimorbidade, uma vez que é rotina usual entre profissionais da saúde solicitar o retorno de pacientes recém-operados ao hospital.

Quando analisado o encaminhamento a outro especialista, não relacionado à especialidade que motivou a internação, no momento da alta hospitalar (30,9% e 22,1%, para pacientes com e sem multimorbidade, respectivamente), ou durante o comparecimento do paciente à APS (36,8% e 8,4, para pacientes com e sem multimorbidade, respectivamente), nota-se um número maior de encaminhamento no grupo com multimorbidade, em comparação ao grupo sem multimorbidade. O maior encaminhamento dos pacientes multimórbidos é esperado, visto que os especialistas têm um papel importante no cuidado de doentes complexos e seu uso aumenta com a frequência de condições crônicas, onde um grande número de especialistas pode ser esperado (GRUNEIR et al., 2016).

No entanto, a literatura expõe, em caso de pacientes com multimorbidade, que direcionar o cuidado a doenças isoladas possa subutilizar as possibilidades de melhora ou até levar a prejuízos à saúde (FREUND et al., 2012; LANCET, 2018), tais como polifarmácia, decorrente da falha de comunicação entre diferentes profissionais (LANCET, 2018) ou do senso comum de que cada especialidade médica pressupõe o uso de medicamentos distintos e maior número de internações hospitalares, atribuindo-se como causa o fato de especialistas tratarem estes pacientes de forma fragmentada e descoordenada (CHUNG et al., 2016).

Nesse sentido, recomenda-se o uso racional de especialistas em pacientes com multimorbidade, reiterando a relevância da nomeação de um médico responsável para gerir o cuidado de pacientes complexos (WALLACE et al., 2015), uma vez que a consulta com diversos especialistas dificulta a continuidade do cuidado, fato que parece ter um papel fundamental para melhorar os desfechos (GRUNEIR et al., 2016; STARFIELD, 2002). Outro aspecto de fundamental importância é a comunicação clara entre os profissionais, uma vez que muitas prescrições são realizadas inicialmente por especialistas e repetidas na APS.

Frente a este contexto, o bom funcionamento da RAS depende do compartilhamento entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde. Os pontos de atenção especializada e hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas devem ser complementares e integrados à atenção primária, superando a fragmentação comumente detectada nos serviços de saúde brasileiros. A maneira mais eficiente de relação entre APS e ASS é a coordenação do cuidado com responsabilidade solidária entre os profissionais sendo, para tanto, essencial estabelecer responsabilidades e garantir comunicação e transferência segura do cuidado, através do compartilhamento e discussão de planos de cuidados entre os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013).

Nessa conjuntura, diretrizes clínicas, estruturadas a partir da construção de uma linha de cuidado, que considerem a vulnerabilidade de pacientes portadores de grupos de doenças crônicas tornam-se essenciais para o cuidado à saúde longitudinal e para a organização dos serviços públicos de saúde.

Diante deste cenário, é relevante o uso eficiente do sistema de saúde, através do desenvolvimento de políticas de saúde centradas no paciente e em suas necessidades individuais, respeitando-se os princípios da integralidade e da humanização do cuidado. Do mesmo modo, o uso de ferramentas de escuta ativa, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, deve ser propagado também enquanto prática de profissionais especialistas, com vistas à máxima potencialidade e efetividade dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Uma alternativa para atualizar o sistema de saúde para as práticas com a crescente condição de multimorbidade mundial seria o investimento maior em médicos generalistas (LANCET, 2018) e na APS. Também, se faz necessária a qualificação do cuidado com saberes e práticas integradas de forma mais criativa e participativa, sendo essencial maior investimento em prevenção e controle de doenças não transmissíveis (LANCET, 2018).

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações que devem ser ponderadas. Os achados deste estudo devem ser interpretados com cautela, uma vez que estudos transversais não permitem a verificação de fatores causais (JERLIU et al., 2013; KOYANAGI et al., 2018), sendo importante o desenvolvimento de estudos longitudinais.

Por ser um trabalho de base hospitalar, seus achados não podem ser extrapolados para a população geral, pois a internação aumenta as chances de diagnósticos de doenças (NUNES et al., 2017), e exclui pacientes sem acesso à rede de serviços de saúde. A classificação de multimorbidade foi realizada através da contagem de condições ou agravos de saúde, e não levou em consideração a severidade das doenças. Entretanto esta é a forma mais comum de classificação em estudos de base populacional como este (PRADO-TORRES et al., 2014). Outras limitações poderiam ser atribuídas à construção do fluxograma da rede de cuidado considerar apenas o período de trinta dias após a alta hospitalar, autorrelatos, a não consideração do itinerário terapêutico (CABRAL et al., 2011) e o viés da memória.

Contudo, esses limites não invalidam ou diminuem a relevância e a singularidade da proposição do presente estudo, uma vez que não foi encontrado na literatura trabalho que discuta o caminho percorrido na rede de saúde e a multimorbidade em uma proposta inversa (contra-referenciamento) do comumente encontrado, o paciente saindo da atenção terciária para a APS, reforçando a necessidade de estudos futuros, com informações longitudinais, que diferenciem internações clínicas de cirúrgicas, ampliem o período de avaliação após o período de alta e considerem o itinerário terapêutico.

Uma potencialidade deste estudo é o uso simultâneo de diagnósticos médicos autorreferidos e registrados em prontuários, uma vez que a maioria dos estudos na área utilizam apenas diagnósticos autorreferidos, podendo incorrer em discordância com a realidade (JERLIU et al., 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho encontrou maiores chances de multimorbidade em pacientes que estiveram internados nos setores de clínica médica, neurologia e infectologia, em indivíduos entre 40 e 60 anos, maiores de 60 anos, sedentários, obesos e que necessitem de ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias no pós-alta hospitalar. O acompanhamento de 30 dias após a alta hospitalar de pacientes com e sem multimorbidade possibilitou verificar uma alta prevalência de encaminhamento e comparecimento na ASS, um baixo encaminhamento e comparecimento na APS, e um baixo comparecimento a todos os pontos da rede de saúde, para ambos os grupos investigados.

O conhecimento de características associadas à ocorrência de multimorbidade na atenção hospitalar é relevante para o planejamento de estratégias de prevenção de agravos à saúde em pacientes de maior risco. A associação positiva entre multimorbidade e necessidade de ajuda para realizar as atividades diárias no pós-alta é um dado inédito na literatura consultada e conota mais uma situação de risco para multimorbidade, ainda pouco explorada.

Políticas públicas de saúde voltadas à promoção de mudanças no estilo de vida, como o combate ao sedentarismo e à obesidade, à população acima de 40 anos e ao desenvolvimento do apoio familiar e social devem ser fortemente incentivadas.

O baixo comparecimento a todos os pontos da rede de saúde, para ambos os grupos investigados, configuram um retrato do funcionamento inadequado da RAS na área de abrangência deste estudo e sinaliza a importância de maior incentivo ao acompanhamento de pacientes com multimorbidade na rede básica de saúde, especialmente no período de pós-alta, e a necessidade de integração dos pontos da rede de saúde brasileira, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado a estes pacientes. Dado o impacto social e o elevado custo que a multimorbidade representa ao sistema de saúde, novos estudos que avaliem pacientes que estiveram internados com multimorbidade se fazem necessários, a fim de aprofundar o tema.

REFERÊNCIAS

AKKER, M. V. D. et al. Multimorbidity in General Practice : Prevalence, Incidence , and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 367–375, 1998.

AGRAWAL, S.; AGRAWAL, P. K. Association Between Body Mass index and Prevalence of Multimorbidity in Low-and Middle-income Countries : A Cross- Sectional Study. **International Journal of Medicine and Public Health**, v. 6, n. 2, p. 73–83, 2017.

ARRIETA, A.; GARCÍA-PRADO, A. Cost sharing and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Social Science & Medicine**, v. 124, p. 115–120, 2015.

BATISTA, S. R. A complexidade da multimorbidade. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 125–126, 2014.

BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. **The Lancet**, v. 380, n. July 7, p. 37–43, 2012.

BOEHMER, K. R. et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, p. 1–18, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a, Seção 1. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo Programa Saúde na Escola (PSE): tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Programa Nacional de Avaliação dos serviços de saúde - PNASS**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Nova Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. Portaria 2.436/2017. Incorporada na Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII. Brasília, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>>. Acesso em:21 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL BRASIL 2018. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados br.** Brasília, 2019.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p.4433-4442, 2011.

CARVALHO, J. N. DE et al. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. **PLoS ONE**, v. 12, n. 4, p. 1–14, 2017.

CARVALHO, J. N. DE; CANCELA, M. DE C.; DE SOUZA, D. L. B. Lifestyle factors and high body mass index are associated with different multimorbidity clusters in the Brazilian population. **PLoS ONE**, v. 13, n. 11, p. e0207649, 2018.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-91, 2004.

CHUNG, R. Y. et al. The association between types of regular primary care and hospitalization among people with and without multimorbidity : A household survey on 25 , 780 Chinese. **Scientific Reports**, v. 6, n. 29758, p. 1–9, 2016.

CIMARRAS-OTAL, C. et al. Association between physical activity , multimorbidity , self-rated health and functional limitation in the Spanish population. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1170, p. 1–10, 2014.

DAVIS, S. R. et al. Understanding weight gain at menopause. **Climacteric**, v. 15, p. 419–429, 2012.

FORMAN, D. E. et al. Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 19, p. 2149–2161, 2018.

FORTIN, M. et al. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. **Annals of family medicine**, v. 3, n. 3, p. 223–228, 2005.

FREUND, T. et al. Patterns of Multimorbidity in Primary Care Patients at High Risk of Future Hospitalization. **Population Health Management**, v. 15, n. 2, p. 119–124, 2012.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n.3, p. 273-283, 2007.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo , exercício físico e doenças crônicas. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. dez, p. 37–43, 2011.

GRUNEIR, A. et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care : a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 154, p. 1–9, 2016.

HUNGER, M. et al. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: Results from the German KORA-Age study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 1, p. 53, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da População 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Censos demográficos (1940-2000)**. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro, 2004.

JARVIE, J. L.; FOODY, J. M. Recognizing and Improving Health Care Disparities in the Prevention of Cardiovascular Disease in Women. **Current Cardiology Reports**, v. 12, p. 488–496, 2010.

JERLIU, N. et al. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: A population-based survey. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

KHECHEN, B. et al. The Impact of Comorbidity Burden on Complications, Length of Stay, and Direct Hospital Costs after Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. **SPINE**, v. 44, n. 5, p. 363–368, 2019.

KOYANAGI, A. et al. Chronic Physical Conditions, Multimorbidity, and Mild Cognitive Impairment in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 4, p. 721–727, 2018.

LANCET, T. Making more of multimorbidity : an emerging priority. **The Lancet**, v. 391, n. April28, p. 1637, 2018.

LEAL NETO, J. DE S.; BARBOSA, A. R.; MENEGHINI, V. Diseases and chronic health conditions, multimorbidity and body mass index in older adults. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 18, n. 5, p. 509–519, 2016.

LEITE L.E. de A. et al. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n. 2, p. 365-380, 2012.

LINS et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulhreres de baixa renda. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. DE; JUNIOR, J. B. DA S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil , 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425–438, 2011.

MALTA, D. C. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity : A systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**, v. 10, n. 4, p. 430–439, 2011.

MENDES, E. V. Organização Pan-Americana da Saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília, 2012.

NAGEL, G. et al. The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. **BMC Public Health**, v. 8, n. 384, 2008.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Multimorbidity in older adults: Magnitude and challenges for the Brazilian health system Chronic Disease epidemiology. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2015.

NUNES, B. P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 43, p. 1–10, 2017.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Publica**, v. 52, p. 1–12, 2018.

PAIVA, S. M. A. DE; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

PAZ, A. A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 338-342, 2006.

PICOLOI, G. D.; DIAS, L.; CHAVESII, P. A produção científica sobre avaliação em serviços

de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 395–402, 2009.

PINHEIRO, A. R. DE O.; FREITAS, S. F. T. DE; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523–533, 2004.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in older adults. **Epidemiologic Reviews**, v. 35, n. 1, p. 75–83, 2013.

SALISBURY, C. et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. **British Journal of General Practice**, n. January, p. e12–21, 2011.

SANTOS, F. C. DOS et al. Avaliação do risco de internação hospitalar de idosos da comunidade no município de Porto Alegre. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 19, n. 3, p. 839–852, 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. **The Lancet**, v. 377, n. 11, p. 1.949–1.961, 2011.

SILVEIRA et al. Origens desenvolvimentistas da saúde e da doença. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 494–504, 2007.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. DE et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização Impact of multimorbidity on mortality in elderly: a post-hospitalization cohort study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 579–589, 2013.

STARFIELD, B. UNESCO. Ministério da Saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, 2002.

TABILE, P. M. et al. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto Pet-Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 06, n. 1, p. 680–690, 2015.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.196–206, 2008.

TROEN, R.B. The Biology of Aging. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 70, n.1, p. 3–22, 2003.

USCHER-PINES, L. et al. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. **American Journal of Managed Care**, v. 19, n. 1, p. 47–59, 2013.

VAN OOSTROM, S. H. et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population-data from general practices. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, 2012.

VIOLAN, C. et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care : A Systematic Review of Observational Studies. **PLoS ONE**, v. 9, n. 7, p. 3–12, 2014.

WALLACE, E. et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. **British Medical Journal (Online)**, v. 350, n. January, p. 6–11, 2015.

WEI, M. Y. et al. Multimorbidity and physical and cognitive function: Performance of a new multimorbidity-weighted index. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 73, n. 2, p. 225–232, 2018.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nome do Paciente:		Data da alta: __/__/__
Setor de internamento:	Idade:	Nº do prontuário:
Internação anterior: () Sim () Não	Sexo: () fem () masc	Município:
Motivo da internação:		
Telefones:		Permanência (dias):

Rede de apoio familiar e de saúde na internação hospitalar de pacientes com DCNT

ÂMBITO HOSPITALAR

Eu gostaria de saber um pouco sobre a sua internação....

1) Durante a sua internação, o(a) Sr(a) se sentiu apoiado(a) pela equipe do hospital (médicos e funcionários)?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se **NÃO** ou **MAIS OU MENOS**, perguntar o que ele gostaria que a equipe do hospital tivesse feito por ele e não o fez.

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

2) Durante a sua internação, ficou claro para o(a) Sr(a) o motivo pelo qual o sr(a) foi internado?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

3) Durante a sua internação, explicaram para o Sr(a) como seria o tratamento realizado no hospital?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

4) Durante a sua internação, o Sr(a) ficou com alguma dúvida sobre esse tratamento (realizado no hospital)?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se SIM, perguntar qual dúvida ele teve (ou ficou) e que não foi esclarecida.

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

5) Como o(a) senhor(a) considera o atendimento (cuidados de saúde) dado pelo médico do hospital, durante a sua internação?

() Bom () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

6) Como o(a) senhor(a) considera o atendimento (cuidados de saúde) dado pelo enfermeiro e sua equipe do hospital, durante a sua internação?

() Bom () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

7) Como o(a) senhor(a) considera o atendimento (cuidados de saúde) dado pelos demais profissionais (fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo), durante a sua internação?

() Bom () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

8) O senhor recebeu atendimento do assistente social, durante a sua internação?

() Sim () Não

9) Durante o seu internamento, a equipe de saúde demonstrou:

Educação: () Sim () Não Respeito: () sim () não

Interesse/ preocupação com sua saúde () sim () não

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

10) Durante a sua internação, o(a) Sr(a) sentiu confiança no que a equipe do hospital disse e fez?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que eles poderiam ter dito ou feito e que aumentaria a sua CONFIANÇA neles?

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

11) Como o(a) senhor(a) se sente em relação ao resultado do(a) seu(sua) tratamento/cirurgia?

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

12) O(a) Sr(a) acha que a limpeza dos ambientes do hospital era:

() Boa () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

13) O(a) Sr(a) acha que o conforto/ adaptação dos ambientes do hospital (instalações, poltronas, banheiros, etc) foi:

☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Não sabe/não respondeu

14) O(a) Sr(a) acha que a qualidade das refeições oferecidas pelo hospital era:

☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Não sabe/não respondeu

15) Como o(a) Sr(a) se sente em relação ao silêncio do hospital, à noite para dormir?

☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

Agora eu gostaria de falar sobre a sua alta do hospital....

16) Quando o Sr(a) recebeu alta médica, teve orientação sobre quais cuidados seriam necessários realizar fora do hospital (em casa)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

17) Em relação à sua saúde, o(a) Sr(a) se sentiu seguro(a) para sair de alta?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que faltou para que o Sr(a) se sentisse totalmente seguro quando saiu do hospital?

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

18) Após a sua alta, foi agendado um horário para o(a) Sr(a) retornar ao hospital?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não houve necessidade ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

19) Após a sua alta, o(a) Sr(a) foi encaminhado(a) à algum posto de saúde ou algo assim?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

20) Após a sua alta, além do retorno com o seu médico, agendado no hospital, o(a) Sr(a) foi encaminhado(a) à uma consulta com outro médico especialista?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não houve necessidade ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

NO ÂMBITO DO DOMICÍLIO

Agora eu gostaria de saber um pouco sobre quando o Sr(a) saiu do hospital e voltou para casa...

21) Em sua casa, o(a) senhor(a) precisou da ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias: banho, comida, curativo, remédio...)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito SE NÃO, PULAR PARA 23

22) Caso o(a) Sr(a) tenha precisado da ajuda de alguém, achou que a ajuda dessa pessoa foi importante para a sua recuperação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

23) Em sua casa, o(a) senhor(a) precisou da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito SE NÃO PRECISOU, PULAR PARA 25

24) Caso o Sr(a) tenha precisado da orientação de alguém, achou que a informação dessa pessoa foi importante para a sua recuperação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

25) O(a) Sr(a) acha que a sua casa está bem adaptada/ confortável para recebê-lo(a) no pós alta?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

26) Na sua opinião, o conforto/adaptação da sua casa pode influenciar na recuperação da sua saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

27) Em sua casa, sua família demonstra:

Educação: ☐ Sim ☐ Não Respeito: ☐ Sim ☐ Não

Interesse/ preocupação com sua saúde ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor se sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

28) Durante a sua recuperação, o(a) Sr(a) sentiu confiança no que seus familiares disseram e fizeram?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

NO ÂMBITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Agora eu gostaria de saber um pouco sobre quando o Sr(a) saiu do hospital e teve contato (se teve) com alguma unidade de saúde (posto de saúde)...

29) Após a sua alta do hospital, o(a) senhor(a) foi alguma vez até o posto de saúde próximo da sua casa para falar a respeito de sua internação? SE NÃO, PULAR PARA 42.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

30) Após a sua alta, o Sr(a) teve alguma dificuldade de circular pelos ambientes do seu posto de saúde, pelo fato de ainda estar se recuperando da sua internação hospitalar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

31) A equipe do posto de saúde (médico, enfermeiro, ACS, etc.) sabia que o Sr(a) havia sido internado?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

32) O Sr(a) recebeu APOIO (ajuda) de alguém do posto de saúde para continuar cuidando da sua saúde após a sua alta?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Se **NÃO** ou **MAIS OU MENOS**, o que o Sr(a) gostaria que a equipe do postinho tivesse feito pelo Sr(a) e não fez.

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

33) Caso o Sr(a) tenha precisado do APOIO de alguém do posto de saúde para continuar cuidando da sua saúde, o(a) Sr(a) achou que a ajuda dessa pessoa foi importante para a sua recuperação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

34) O Sr(a) recebeu ORIENTAÇÃO (informação) de alguém do posto de saúde sobre como continuar cuidando da sua saúde após a sua alta?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

35) Durante a sua visita ao Posto de Saúde, as suas dúvidas foram sanadas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

36) O(a) Sr(a) se sentiu seguro(a) com o atendimento prestado pelos profissionais do posto de saúde, após a sua alta do hospital?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que faltou para que o Sr(a) se sentisse totalmente seguro com o atendimento do pessoal do postinho?

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

37) Como o(a) Sr(a) avalia o conforto dos ambientes em que foi atendido(a) no seu posto de saúde?

☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Não sabe/não respondeu

38) Durante o seu atendimento no posto de saúde, a equipe de saúde demonstrou:

Educação: ☐ Sim ☐ Não Respeito: ☐ Sim ☐ Não

Interesse/ preocupação com sua saúde ☐ Sim ☐ Não

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

39) O(a) Sr(a) sentiu confiança na equipe do posto de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos ☐ Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que eles poderiam ter dito ou feito e que aumentaria a sua CONFIANÇA neles?

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

40) Como o(a) Sr(a) considera o atendimento recebido pela equipe do posto de saúde?

☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Não sabe/não respondeu

41) Após a sua alta, o(a) Sr(a) foi encaminhado(a) pelo médico do seu posto de saúde para um tratamento mais especializado, com outro médico? Ou outro profissional (fonoaudiólogo, fisioterapeuta)

☐ sim ☐ não ☐ não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: ☐ Satisfeito ☐ Mais ou menos ☐ Insatisfeito

NO ÂMBITO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Agora eu gostaria de saber um pouco sobre quando o Sr(a) saiu do hospital e teve contato (se teve) com alguma consulta com um especialista (pode ser o retorno com o seu médico...

42) Após a sua alta do hospital, o(a) senhor(a) foi alguma vez no retorno com o médico especialista do hospital ou com outro especialista (Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Psiquiatria, Oftalmologia...)/fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, para continuar cuidando da sua saúde?

() Sim () Não () Não houve necessidade () Não sabe/não respondeu
 Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito
SE NÃO TEVE CONTATO, PULAR PARA A ÚLTIMA QUESTÃO

43) Demorou quanto tempo para o(a) senhor(a) conseguir agendar sua consulta com este especialista?

() Não demorou () Demorou pouco () Demorou muito

Quantos dias:

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

44) O(a) Sr(a) teve alguma dificuldade de circular pelos ambientes do consultório deste especialista, pelo fato de ainda estar se recuperando da sua internação hospitalar?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

45) Quando o(a) Sr(a) foi ao médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, o(a)Sr(a) RECEBEU APOIO (ajuda) deste profissional para continuar cuidando da sua saúde após a sua alta?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se NÃO RECEBEU APOIO, o quê o(a) Sr(a) acredita que DEVERIA MELHORAR NO ATENDIMENTO DESSE ESPECIALISTA:

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

46) Caso o Sr(a) tenha recebido APOIO deste médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, o(a) Sr(a) achou que esta ajuda foi importante para a sua recuperação?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

47) O Sr(a) recebeu ORIENTAÇÃO (informação) deste médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta sobre como continuar cuidando da sua saúde?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

48) Durante a sua consulta com o médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, as suas dúvidas foram sanadas?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

49) O(a) Sr(a) se sentiu seguro(a) com o atendimento prestado pelo seu médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, durante a sua consulta?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que faltou para que o Sr(a) se sentisse totalmente seguro com o atendimento do especialista?

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

50) Durante a sua consulta com este especialista, como o(a) Sr(a) avalia o conforto dos ambientes em que foi atendido(a)?

() Bom () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

51) Durante a sua consulta com o médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, ele(a) demonstrou:

Educação: () Sim () Não Respeito: () Sim () Não

Interesse/ preocupação com sua saúde () Sim () Não

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

52) O(a) Sr(a) sentiu confiança neste médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta?

() Sim () Não () Mais ou menos () Não sabe/não respondeu

Se “NÃO” ou “MAIS OU MENOS”, o que eles poderiam ter dito ou feito e que aumentaria a sua CONFIANÇA neles?

Em relação a isso o senhor de sente: () Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

53) Como o(a) Sr(a) considera o atendimento recebido pelo seu médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta?

() Bom () Regular () Ruim () Não sabe/não respondeu

54) Após o(a) senhor(a) ter recebido o atendimento do seu médico especialista/ fonoaudiólogo/ fisioterapeuta, o(a) Sr(a) foi orientado a procurar o posto de saúde para dar continuidade ao seu tratamento?

() Sim () Não () Não sabe/não respondeu

55) FINALMENTE, EU GOSTARIA QUE O SENHOR DISSESSE, DE UMA FORMA GERAL, COMO O SENHOR SE SENTIU EM RELAÇÃO A TUDO O QUE O SENHOR PASSOU NO HOSPITAL, NO POSTO DE SAÚDE E NO ESPECIALISTA APÓS A SUA INTERNAÇÃO:

() Satisfeito () Mais ou menos () Insatisfeito

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDOS INTEGRADOS EM ÂMBITO HOSPITALAR

Pesquisador: Danielle Bordin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81453417.1.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.461.494

Apresentação do Projeto:

ESTUDOS INTEGRADOS EM ÂMBITO HOSPITALAR. Cientes de que a investigação em saúde é considerada central para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, assim como para a formação de profissionais que atuam no cuidado, justifica-se a escolha do setor hospitalar para o desenvolvimento deste estudo, em especial o âmbito das residências multiprofissionais em saúde como campo recente de ensino de pós-graduação

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as práticas, processos e experiências de trabalho no ambiente hospitalar, bem como a qualidade de vida e as relações de trabalho que envolvem equipes de residência multiprofissional do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos.

Benefícios:

• Apoio à participação das residências multiprofissionais do HURCG em editais externos de saúde pública, de âmbito nacional, regional e local.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coop@uepg.br

Continuação do Parecer: 2.461.494

- Contribuição para a construção de novos sistemas de informação e de comunicação em saúde hospitalar, como subsídio para o processo de gestão das residências multiprofissionais.
- Instrumentalização em saúde da comunidade hospitalar, sobre questões pertinentes aos campos de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se, por meio das entrevistas com os residentes, preceptores e tutores e análise descritiva dos resultados gerados pelas residências desde a sua implantação, evidenciar a importância da experiência de residência e de suas práticas em equipe multiprofissional para a formação profissional, qualidade e processo do ensino-aprendizagem, além de difundir as práticas, experiências e resultados de trabalhos desenvolvidos pelos residentes e de todo o corpo clínico do HURCG. Ainda, almeja-se ao identificar a relação entre a qualidade de vida, estresse e condutas de saúde ao processo de trabalho dos residentes do HURCG, contribuir com importantes subsídios para o conhecimento, a prevenção e a melhoria da qualidade de vida destes sujeitos em processo de formação acadêmica continuada. Contribuir-se-á, dessa forma, para que a gestão do HURCG possa elaborar planos de ação, visando à reversão de possíveis desdobramentos negativos, e planos de adesão, visando à manutenção e ampliação de práticas exitosas. Além disso, este trabalho visa fomentar o desenvolvimento científico e as referidas temáticas na área das residências, objetos ainda pouco estudados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com a metodologia da resolução 466/2012

Recomendações:

Solicita-se que ao final do projeto de pesquisa seja enviado o relatório final via on-line pela plataforma brasil por notificação para evitar pendências com a Propesp ou com o Comitê de Ética

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coop@uepg.br

Continuação do Parecer: 2.461.494

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1055239.pdf	21/12/2017 22:00:41		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	dani.pdf	21/12/2017 21:57:13	Danielle Bordin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/12/2017 21:56:48	Danielle Bordin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/12/2017 21:56:28	Danielle Bordin	Aceito
Folha de Rosto	01.pdf	21/12/2017 21:54:10	Danielle Bordin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 08 de Janeiro de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br