

GEORREFERENCIAMENTO E MORBIDADES COBERTAS PELA ATENÇÃO DOMICILIAR NO TERRITÓRIO MAIS POPULOSO DO DISTRITO FEDERAL

GEOREFERENCING AND MORBITIES COVERED BY HOME CARE IN THE MOST POPULAR TERRITORY OF THE FEDERAL DISTRICT

Danielle Brasil Barros da Silva

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
silvadbb@outlook.com

Luana Karolyne da Silva Alencar

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
fisioluanaalencar@gmail.com

Luis André Oliveira Soares

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
luisandreoliveirasoares@gmail.com

Talita Lemos Andrade

Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil
talean098765@gmail.com

Emerson Fachin Martins

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
efmartins@unb.br

RESUMO

Na periferia urbana, visitas domiciliares exercem influência no reconhecimento da qualidade e na recomendação de serviços, repercutindo no sucesso de prestação da assistência em saúde – notadamente na atenção domiciliar. Objetivo: Levantar a prevalência de doenças assistidas pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) e o sucesso para agendar visitas que pudessem revelar obstáculos de comunicação dentre os cadastros ativos na assistência. Método: Estudo observacional georreferenciado, do tipo transversal e descritivo, em cadastrados no PID. Resultados: As visitas revelaram prevalência de comorbidades relacionadas às doenças do aparelho circulatório e do sistema nervoso, principalmente georreferenciadas em áreas centrais urbanas, com menor chance de sucesso no agendamento para a região administrativa mais rural (39%). De maneira geral, encontramos uma taxa de insucesso no agendamento de visitas de 48% dos cadastros ativos acionados por telefone. Conclusão: Maior chance de sucesso no agendamento estava georreferenciada em áreas menos periféricas, onde encontramos usuários com comorbidades crônicas. Os insucessos estavam principalmente associados a erros no cadastro.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Comorbidade. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In urban peripheries, home visits have an influence on the recognition of quality and recommendation of services, impacting the success of healthcare services – notably in home care. Objective: To assess the prevalence of diseases managed under the Home Care Program (HCP) and the success of scheduling visits that could identify communication barriers among active registrants in the care program. Method: A georeferenced observational study, of a cross-sectional and descriptive type, among registrants in the Home Care Program HCP. Results: The visits revealed a high prevalence of comorbidities associated with circulatory and nervous system diseases, primarily concentrated in central urban areas. The success rate for scheduling visits was significantly lower in the most rural administrative region (39%). Overall, we found a visit scheduling failure rate of 48% among active registrations contacted by phone. Conclusion: A higher chance of success in scheduling visits was georeferenced in less peripheral areas, where we encountered users with chronic comorbidities. Failures were mainly associated with registration errors.

Keywords: Home care. Comorbidity. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Unidade Federativa (UF) do Distrito Federal (DF) possui singularidades geográficas, administrativas e socioculturais bem distintas das demais 26 UF do Brasil. Dentre as singularidades, destaca-se o fato de ela ser a única que não possui municípios – os centros urbanos equivalentes aos municípios são denominados Regiões Administrativas (RA) no DF. Ressalta-se ainda que o DF é a unidade com maior desigualdade social do país (BRASIL, 1988; ELIAS, 2021) e, justamente por conta das diferenças administrativas, a divisão dos territórios para a governança se dá pelo Plano Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2009, 2012). Este Plano estabelece as Unidades de Planejamento Territorial e as RA no DF. Até o momento da escrita deste artigo, o DF contava com 33 RA (DISTRITO FEDERAL, 2009, 2019). Segundo Moura e Januzzi (2019), essa divisão em regionais revela questões antropológicas e sociológicas importantes que vinculam diferenças de classes sociais delimitadas geograficamente – constituindo um bom modelo de estudo de desigualdades sociais nos poucos 5.802 km² do retângulo territorial definido no Governo de Juscelino Kubitschek. O sistema de consolidação e expansão do DF foi tão singular que, por muitas vezes, a condição de classe dos moradores era o que definia a classificação do espaço territorial.

Não obstante, a Secretaria do Estado de Saúde do DF (SESDF) estabeleceu um arranjo de cobertura sanitária muito similar ao observado na expansão territorial – coordenando e implementando serviços de saúde que totalizaram sete Regionais de Saúde (RS) que congregam duas ou mais RA por regional (DISTRITO FEDERAL, 2018). No presente estudo, apresentamos a RS da Zona Oeste (território da pesquisa), que cobre as RA de Ceilândia e Brazlândia – onde se estima cerca de 518.984 habitantes com contextos históricos distintos, ainda que sejam territórios vizinhos geograficamente referenciados. Mesmo que, em termos de constituição histórica, as regiões sejam distintas e principalmente diferenciadas pelo caráter mais rural de uma (Brazlândia) em relação a outra, perfis epidemiológicos similares foram identificados, conforme consulta ao relatório sobre a mortalidade geral na Região Oeste de 2015 e na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018 (CODEPLAN, 2019, 2020a; DISTRITO FEDERAL, 2015; PEIXOTO; OLIVEIRA; WALDVOGEL, 2021). A grande maioria da população nas duas RA é assistida quase que somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observado na cidade de Ceilândia um contingente assistido de 81,4% e na cidade de Brazlândia de 84,6% dos habitantes domiciliados (CODEPLAN, 2019, 2020).

As taxas de cobertura pelo SUS nas RA da região Oeste do DF contribuem para acreditar o território estudado como um espaço geográfico muito apropriado para observar as influências da desigualdade social e da assistência pública em saúde. Dos programas do SUS ofertados na RS estudada, o Programa de Internação Domiciliar (PID) permite uma análise diretamente georreferenciada. Rajão e Martins (2020) descreveram a atenção domiciliar – mais difundida pela internação domiciliar – como uma estratégia de maior destaque na atenção de saúde do que as ofertadas pelo cuidado ambulatorial. Esta atenção é concentrada em algumas regiões geograficamente definidas e oferecidas por meio de ações para prevenção, tratamento, reabilitação, promoção da saúde e palição no domicílio. Integrada com as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), a atenção domiciliar – segundo a revisão integrativa sobre potenciais e desafios dessa assistência – tem contribuído para a continuidade e a integralidade da assistência pública, promovendo reordenação tecnoassistencial substitutiva do cuidado com enfoque meramente pautado no usuário, considerando também o território em que ele está georreferenciado (PROCÓPIO et al., 2019).

No Distrito Federal, o Serviço de Atenção Domiciliar (AD) é organizado em três programas distintos: Programas de Internação Domiciliar (PID), Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) e Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC) (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024). A gerência desse programa é realizada por meio dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), distribuídos nas sete Regiões de Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024). O Caderno de Atenção Domiciliar lista diversas condições atendidas em domicílio, incluindo síndrome da imobilidade, disfunções cognitivas e alterações comportamentais, déficits sensoriais, doenças respiratórias crônicas e agudas, doenças cardiovasculares, feridas e reabilitação neurofuncional e motora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Além disso, a AD é categorizada em três modalidades (AD1, AD2 e AD3) com base nas necessidades de cuidado, frequência das visitas domiciliares, intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos, a fim de proporcionar uma abordagem que atenda às demandas do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

À vista do que observamos de singularidade territorial da Zona Oeste do Distrito Federal, o presente estudo teve como objetivo levantar a prevalência de doenças assistidas pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) e o sucesso para agendar visitas que pudessem revelar obstáculos de comunicação dentre os cadastros ativos na assistência.

DESENVOLVIMENTO

Delineamos um estudo observacional georreferenciado e descritivo, em série de casos contidos no cadastro de usuários ativos do PID e, ao mesmo tempo, analítico em formato transversal para levantar informações georreferenciadas na Regional Oeste de Saúde do Distrito Federal que incluem os centros urbanos de Ceilândia e Brazlândia.

Amostragem e agendamentos

Uma lista contendo 95 pessoas em atendimento domiciliar na região Oeste de saúde foi disponibilizada com nome e contato telefônico. A partir dela, os pesquisadores realizaram chamadas telefônicas a fim de explicar a pesquisa e convidar o atendente pessoal ou a pessoa assistida pelo PID a participar do estudo. O recrutamento perdurou de abril a dezembro de 2018 – período em que procedemos com as visitas domiciliares das chamadas atendidas e retomada dos contatos não atendidos por até no mínimo quatro tentativas antes de desistirmos do contato (registro de insucesso). Ao desistirmos, registrávamos o motivo do não-atendimento à chamada para agendamento. Quando as chamadas eram atendidas, confirmávamos o endereço para o georreferenciamento e agendávamos dia e horário convenientes aos participantes.

Das 95 pessoas com cadastros ativos no PID, 49 aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Som e Imagem. Como trabalhamos com a lista de cadastros ativos dos registros do PID, o critério único de inclusão era estar presente na lista, sendo excluídas as chamadas não atendidas e os participantes que não aceitaram participar da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Faculdade de Ceilândia (CAAE 57733016.5.0000.0030). Dado o estudo exploratório envolvendo usuários assistidos pela SESDF, em concomitância, o projeto foi também apreciado pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) como coparticipante da pesquisa e aprovado pelo CAAE 57733016.5.3001.5553.

Informações levantadas

Em entrevista semiestruturada presencial, checávamos se as informações do registro listado se confirmavam, fazendo correções de endereço e tipo de cuidador, quando necessário, para atualizar o cadastro do PID. Para levantar dados de caracterização dos participantes, registrávamos as condições de saúde (doenças, sinais, sintomas e agentes causadores de doenças) codificadas pela Classificação Internacional de Doenças na sua 10ª versão (CID-10). O registro era feito por autorrelato e por consulta a laudos de exames (quando o entrevistado possuía). Ao todo, foram codificadas 142 condições de saúde – na maioria das vezes, mais de uma condição de saúde por pessoa visitada (comorbidades).

Processamento dos dados

Para o georreferenciamento, organizamos os endereços em planilha do aplicativo Excel (Microsoft Office®), correlacionando o endereço de cada participante às referências de latitude e longitude – obtidas das funcionalidades disponíveis no *Google Maps* e também aplicadas para cálculos de distância e área territorial. A partir das coordenadas geográficas e da frequência de participantes por região, construímos um mapa de densidade de distribuição georreferenciada dos participantes e calculamos o perímetro e a área de um triângulo com vértices em locais centrais – tanto das duas regiões alvo do estudo (Ceilândia e Brazlândia) como do Plano Piloto (sede administrativa dos Governos Federal e Distrital) – ilustradas sobre uma versão tridimensional em perspectiva do mapa sobre a Zona Oeste do Distrito Federal (Figura 1).

Para processamento estatístico de ocorrências no agendamento, aplicamos métodos de análise descritiva para caracterizar os agendamentos bem-sucedidos, e registramos os motivos do não-agendamento para os insucessos. O Teste Exato de *Fisher* nos permitiu verificar a probabilidade observada de ocorrência de sucessos e insucessos nos agendamentos entre as regiões de Ceilândia e de Brazlândia quando comparada a probabilidade esperada para a cobertura da Regional de Saúde da Zona Oeste. Para as proporções observadas por RA significativamente discrepantes ($p < 0,05$) da

proporção esperada para a Zona Oeste, procedíamos com o cálculo do risco atribuível para identificar a chance de ocorrência aumentada em uma das RA (Ceilândia ou Brazlândia).

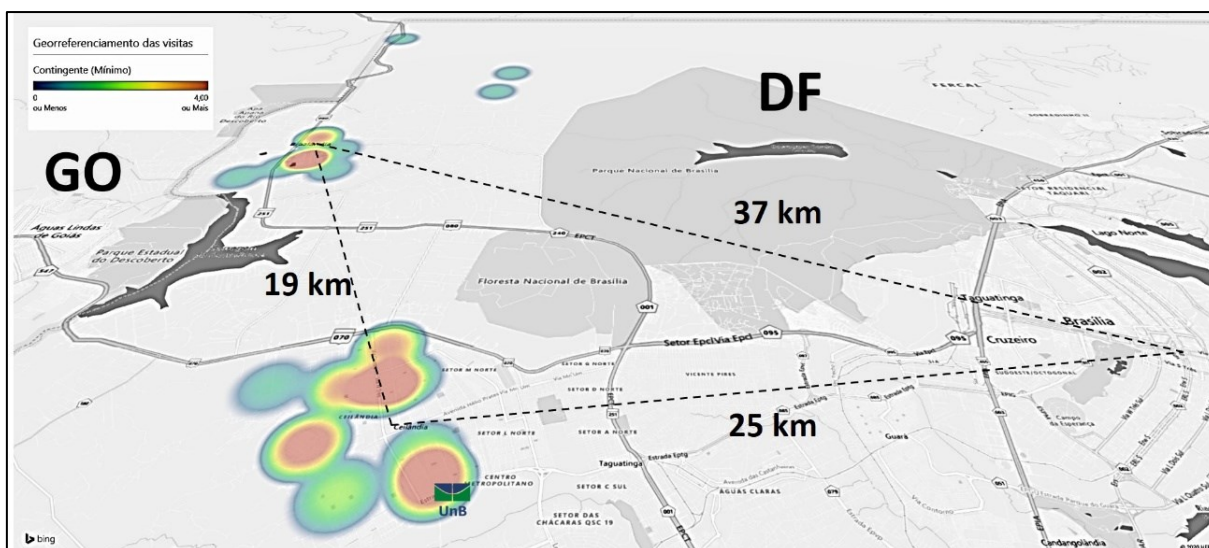
A fim de verificar a prevalência de comorbidades na Zona Oeste como um todo e nas regiões estudadas que a integram, procedemos com a distribuição de frequência absoluta e relativa das condições de saúde codificadas por participante de acordo com capítulos da CID-10, dividindo o total de condições de saúde codificadas pelo total de participantes para obter a taxa de comorbidades apresentada por participante.

RESULTADOS

O georreferenciamento dos participantes visitados revelou a cobertura da Atenção Domiciliar da Regional de Saúde da Zona Oeste do Distrito Federal (Figura 1). Quatro ou mais participantes estavam distribuídos nas principais aglomerações urbanas de Ceilândia e Brazlândia (zonas vermelhas). Chamou atenção, em Ceilândia, uma alta densidade de distribuição dos participantes próximos ao *Campus* de Ceilândia da Universidade de Brasília (indicado pela logomarca institucional na Figura 1). Em Brazlândia, por sua vez, chamaram atenção alguns participantes da zona rural (região conhecida como um dos cinturões agrícolas do DF (zonas representadas pelos círculos verdes com circunferência azul na Figura 1).

Um triângulo com vértices nos centros comerciais das duas RA (Ceilândia e Brazlândia) e no centro do Plano Piloto (projeto original de Brasília) nos permitiu delimitar o que denominamos no presente estudo de Trígono de Distanciamento – um espaço geográfico de 221,17 km² e 81 km de perímetro (Figura 1), cortado pelas duas principais vias de acesso rodoviário que permite dimensionar a que distância a Zona Oeste do DF está das sedes dos Governos Federal (Esplanada dos Ministérios e Praça dos Três Poderes) e Distrital (Palácio do Buriti).

Figura 1 – Georreferenciamento das visitas com sucesso de agendamento na Regional de Saúde da Zona Oeste do Distrito Federal. O triângulo tracejado com vértices no polo comercial dos centros urbanos indica a distância, em quilômetros (km), dos centros em relação ao centro do Plano Piloto de Brasília e entre os centros urbanos estudados sobre o mapa



Fonte: Autores.

Das 95 pessoas cadastradas como usuários ativos de cobertura do PID, na RS estudada, 68 atenderam nossa chamada, e 49 tiveram visitas agendadas. A distribuição dos participantes por agendamento e motivo de não agendamento (Tabela 1) permitiu verificar uma taxa de insucesso de 48% nos agendamentos (oposto complementar dos 52% de sucesso no agendamento).

O detalhamento do insucesso nos agendamentos permitiu observar que houve barreiras de comunicação, principalmente devido aos números inexistentes e chamadas não atendidas, totalizando

27 pessoas (29% dos cadastrados). Ao conseguir contato, 49 dos 68 contatados consentiram em participar da pesquisa (52%), 7 recusaram participar, 9 tinham falecido, dois mudaram de endereço e um havia sido re-hospitalizado.

O somatório de todas as doenças codificadas pela CID-10 dos 49 participantes assistidos pelo PID foi de 142, com maior prevalência para doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID), seguidas pelas doenças do sistema nervoso (Capítulo VI da CID) e de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV da CID).

Tabela 1 – Taxa de sucesso no agendamento de visitas e motivos das visitas não agendadas

Agendamento de Visitas	Ceilândia*		Brazlândia		Região Oeste		
	N	%	N	%	N	%	
Agendados	31	61	18	41	49	52	
Não agendados	Chamadas não atendidas	8	16	9	20	17	19
	Número de telefone inexistente	2	4	8	18	10	10
	Óbito	5	10	4	9	9	9
	Recusa	4	8	3	7	7	7
	Mudança de endereço	1	2	1	2	2	2
	Re-hospitalização	0	0	1	2	1	1
Cadastrados no período	51	100	44	100	95	100	

A porcentagem (%) foi calculada no total de participantes (N). O asterisco indica uma quase-discrepância ($0,05 < p < 0,10$) identificada pelo Teste Exato de Fisher ao confrontar as proporções de agendados e não agendados entre os centros urbanos de Ceilândia e Brazlândia. A chance atribuível para agendamentos bem-sucedidos foi de 20% para Ceilândia, que gerou um número necessário para agendar igual a 5. Ou seja, a cada cinco agendamentos em Brazlândia, poderia se esperar um agendamento a mais em Ceilândia. As células destacadas em cinza indicam o conjunto de motivos na linha em ordem decrescente de porcentagem de ocorrências que, somadas, perfizeram mais de 50% dos motivos de não-agendamento.

Fonte: Autores.

Tabela 2 – Distribuição da prevalência de doenças codificadas por capítulos da CID-10 por RA da Regional de Saúde da Zona Oeste do DF

Capítulo	Códigos		Descrição do Capítulo na CID-10	Regionais				Região Oeste	
	iniciais	finais		Ceilândia		Brazlândia		n	%
				n	%	n	%		
I	A00	B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0
III	C00	D48	Neoplasmas (tumores)	7	8	4	8	11	8
III	D50	D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0
IV	E00	E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12	13	5	10	17	12
V	F00	F99	Transtornos mentais e comportamentais	4	4	2	4	6	4
VI	G00	G99	Doenças do sistema nervoso	12	13	9	18	21	15
VII	H00	H59	Doenças do olho e anexos	1	1	0	0	1	1
VIII	H60	H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	1	0	0	1	1
IX	I00	I99	Doenças do aparelho circulatório	24	26	13	26	37	26
X	J00	J99	Doenças do aparelho respiratório	5	5	5	10	10	7
XI	K00	K93	Doenças do aparelho digestivo	4	4	4	8	8	6
XII	L00	L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0
XIII	M00	M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	7	3	6	9	6
XIV	N00	N99	Doenças do aparelho geniturinário	3	3	1	2	4	3
XV	O00	O99	Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0
XVI	P00	P96	Algumas afecções originadas no período perinatal	1	1	0	0	1	1
XVII	Q00	Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	3	0	0	3	2
XVIII	R00	R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em	5	5	3	6	8	6
XIX	S00	T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	3	3	1	2	4	3
XX	V01	Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	0
XXI	Z00	Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	1	0	0	1	1
XXII	U04	U99	Códigos para propósitos especiais	0	0	0	0	0	0
Somatório das comorbidades				92	100	50	100	142	100
Taxa de comorbidades (n comorbidades/N)				2,97		2,78		2,90	

As células destacadas em cinza indicam o conjunto de motivos na linha em ordem decrescente da porcentagem de ocorrências que, somados, perfizeram mais de 50% das morbidades codificadas. As células destacadas por bordas indicam ocorrências exclusivas em Ceilândia. A porcentagem (%) foi calculada no total de códigos (n) e não no total de participantes (N). A última linha da tabela calculou a taxa de comorbidade dividindo o total de códigos (n comorbidades) pelo total de participantes (N).

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Brasília, se fosse um único município, seria a terceira cidade mais populosa do país, com uma população estimada em 3.094.325 pessoas (IBGE, 2021). Entre cerca de 25 km e 37 km de distância da sede administrativa de Brasília (Plano Piloto), encontra-se a Região Oeste de saúde do Distrito Federal, composta pelas RA de Ceilândia, de Brazlândia e do Sol Nascente e Pôr do sol (esta última incorporada por invasão à RA de Ceilândia e decretadas como novas RA em 2019 – depois da coleta de dados do presente estudo). Em particular, Ceilândia representa a regional mais populosa do DF – originada há 20 anos, com uma história de territorialização marcada por vulnerabilidades devido à ocupação ilegal do território. Conforme mencionado, em 2019, tiveram oficializados em seu território os aglomerados de invasão nominados como Sol Nascente e Pôr do Sol a fim de desenvolver tal região que conturba Ceilândia (DISTRITO FEDERAL, 2019; PEIXOTO; OLIVEIRA; WALDVOGEL, 2021). Quando somadas ao território de Brazlândia, o território alvo do estudo forma a Zona Oeste de saúde do Distrito Federal – congregando 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 17 delas em Ceilândia, uma no Sol Nascente e Pôr do Sol, além de nove em Brazlândia. Geograficamente, a Zona Oeste do DF faz divisa com o estado de Goiás, prestando assistência também a uma parte da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do DF e Entorno – uma região de desenvolvimento econômico assistida pelo Governo do DF, porém política e territorialmente integrada ao estado de Goiás (AZEVEDO; ALVES, 2010).

No presente estudo, podemos observar que a cobertura da atenção domiciliar foi bem difusa e com maior densidade em áreas centrais do que nas periféricas, tendo maior concentração na região de Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, região de expansão do Pôr do Sol (ainda que esta última possua apenas uma UBS e era considerada periferia de Ceilândia, antes de se tornar RA independente). Por sua vez, em Brazlândia, houve maior concentração no Setor Tradicional, em Veredas e na Vila São José – áreas mais centrais, com dispersão de poucos visitados em áreas rurais da região (zonas verdes da Figura 1). Importante ressaltar que, mesmo com uma região e população crescente, a nova regional Pôr do Sol e Sol Nascente possui pouca estrutura física de assistência à saúde para suporte da população, que continua a sobrecarregar as UBS em Ceilândia e o único Hospital Regional dessa RA. Atualmente, há um novo Hospital – instalado como de campanha na pandemia – e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nível 3, na região de Ceilândia, muito próxima da RA do Sol Nascente – única alternativa para desafogar a demanda direcionada ao Hospital Regional de Ceilândia.

Segundo notícia publicada pela agência de notícias do IBGE, a população do Sol Nascente e Pôr do Sol está otimista com o levantamento feito, pois acredita que ele possa subsidiar políticas públicas resultantes em melhorias para a qualidade de vida de seus habitantes. O território mencionado, que assumiu muito recentemente o título de RA independente, apresenta adversidade em diversos setores, incluindo infraestrutura, saúde e transporte público – o que a qualifica como o segundo maior aglomerado do Brasil. Desde seu reconhecimento como RA do DF, em 2019, pouco ou nada foi publicizado em mudanças de infraestrutura e políticas na saúde (FARIAS; MONTES, 2022).

Partindo do ápice desse triângulo mencionado na Figura 1 (o Plano Piloto) até a base formada pelo segmento que une Ceilândia e Brazlândia, observamos o distanciamento histórico promovido pela Campanha de Erradicação das Invasões (CEI) da década de 1970, território acessado pela Via Estrutural, cuja distância é proporcional à desigualdade social que – quando avaliada pelo rendimento domiciliar per capita de 2020 – revela um índice de desigualdade no Distrito Federal bem acima da média nacional (CODEPLAN, 2020; ELIAS, 2021; IBGE, 2021; PEIXOTO; OLIVEIRA; WALDVOGEL, 2021).

O PID no DF conta com 15 equipes multiprofissionais gerenciadas pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) – localizados nos hospitais regionais de Brazlândia e Ceilândia. Em sua maioria, para acessar esse serviço, o familiar ou o responsável pelo usuário a ser assistido deve entrar em contato com o NRAD mais próximo de onde reside. Entretanto, admissões também ocorrem por fluxo de desospitalização (substituição da internação hospitalar pela internação no domicílio), quando há solicitação pela SESDF. Basicamente, os requisitos para admissão no NRAD incluem comprovação de residência no DF, identificação de um cuidador e constatação de um quadro clínico compatível com o serviço prestado (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

Segundo o PDAD de 2021, as regionais de Ceilândia, Brazlândia e a recentes regional de Pôr do Sol e Sol Nascente possuem uma renda média por pessoa de R\$ 1.727,50, R\$ 1.129,1, R\$ 915,50, respectivamente, com a maioria da população caracterizada como usuária do Sistema Único de Saúde, em uma cobertura respectiva de 85%, 83% a 94% da população (CODEPLAN, 2021a, 2021b, 2021c).

Essa questão pode estar refletindo o tipo de cuidador prevalente na RS da zona oeste, com 94% de cuidadores informais, a maioria dos cuidadores foram os filhos, seguidos pelos pais e cônjuges. Estudos apontam que os cuidados prestados para pessoas em atenção domiciliar são exercidos, na sua maioria, pelo núcleo familiar e que, na maior parte, as responsabilidades recaem para o familiar do sexo feminino (BAPTISTA et al., 2012; CARVALHO et al., 2015; HAYA et al., 2018; MONTEIRO; SÁ; BEZERRA, 2021; SANTOS; CECILIA; MINAYO, 2020). O papel de cuidar exige dedicação e quase sempre essa função é exercida em tempo integral, o que pode gerar afastamento social, dificuldades econômicas, sobrecarga física e psicológica, culminando em um quadro de adoecimento e piora da qualidade de vida do cuidador (BAPTISTA et al., 2012; MONTEIRO; SÁ; BEZERRA, 2021).

Um estudo misto realizado no Japão, com cuidadores familiares, investigou como o apoio social e familiar impacta sua carga de cuidados e qualidade de vida. Os resultados indicam que os efeitos podem ser positivos ou negativos, dependendo da fonte do apoio (setor da sociedade) e da quantidade de suporte da família do usuário cuidado. Portanto, o apoio oferecido pelos profissionais de saúde do PID teria o potencial de reduzir o estresse dos cuidadores, impactando positivamente a qualidade de vida dos usuários cuidados. No entanto, a alta carga e a longa duração dos cuidados parecem exercer efeitos negativos na qualidade de vida dos cuidadores (HAYA et al., 2018).

Com referência no IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) nacional de 0,699, em 2010, o DF possuía um dos maiores IDH no comparativo com os demais estados da Nação (IDH = 0,824), com destaque para o IDH de 0,936 no Plano Piloto (localização geográfica do projeto original de Brasília e ápice do triângulo mencionado na Figura 1). Entretanto, os IDH calculados para Ceilândia e Brazlândia resultaram respectivamente em 0,784 e 0,761, revelando uma das desigualdades sociais mais marcantes do Brasil dentro de 221,17 km² de espaço territorial (ELIAS, 2021; PNUD, 2010). A desigualdade apontada poderia ser a razão da barreira de comunicação registrada em taxas de insucesso no agendamento de visitas para quase metade dos cadastrados como ativos no PID.

Observamos que, a cada cinco agendamentos em Brazlândia, era possível esperar seis agendamentos (um agendamento a mais) em Ceilândia, com uma chance de sucesso aumentada em 20% para agendamentos no mesmo local. Tal fato poderia ser justificado por Ceilândia ser uma RA mais urbana que Brazlândia – dado que a última vem de um contexto histórico que resultou num predomínio de áreas rurais e desfavorecidas de meios de comunicação, notadamente por contato telefônico. Um estudo de 2020, sobre as reconfigurações do espaço rural e do cotidiano familiar com tecnologias de comunicação, revelou que a localidade pode influenciar no sinal para funcionamento do telefone – facilitando ou dificultando o atendimento às chamadas. Outro motivo apontado no estudo foi a renda familiar, que prejudica o acesso às tecnologias de comunicação na população brasileira em geral (ESCOSTEGUY; FELIPPI; SIFUENTES, 2020). Dos 95 cadastrados, 10 tinham números de telefone inexistentes e 17 deles não atenderam às chamadas. Outra possibilidade para justificar o insucesso no atendimento de chamadas inclui o uso de ferramentas de bloqueio de chamadas indesejadas (bastante aplicada para impedir televentas, cobrança de desconhecidos, tentativas de golpe e chamadas de robôs), visto que pesquisas do Panorama *Mobile Time* e *Opinion Box*, em 2021, revelaram que tais chamadas geram grande incômodo para usuários de telefones celulares no Brasil (PANORAMA MOBILE TIME/OPINION BOX, 2021).

Os contatos telefônicos inexistentes, disponibilizados pela RS da zona oeste, poderiam ser justificados por cadastros feitos com erro ou desatualizados. Durante a realização da pesquisa, houve tentativa de checagem da lista de contatos telefônicos inicialmente enviada. Entretanto, não tivemos muito apoio dos servidores responsáveis, corroborando com os estudos que apontam a dificuldade de cooperação entre as instituições acadêmicas e o Sistema Único de Saúde na realização de pesquisas (CAVALCANTI; FERNANDEZ; GURGEL JUNIOR, 2021; FLEISCHER, 2015).

Em análise dos usuários visitados, a quantificação de códigos pelos capítulos da CID-10 revelou maior ocorrência de doenças do aparelho circulatório e do sistema nervoso em toda a regional. Essa maior frequência de ocorrência foi parecida nas duas regionais, confirmando os resultados do estudo de Rajão e colaboradores – ao estudar o perfil dos usuários da atenção domiciliar no Brasil entre 2008 e 2016. Eles também relataram maior frequência de doenças do aparelho circulatório, seguido pelas doenças do aparelho respiratório e doenças do sistema nervoso para as internações domiciliares (RAJÃO; MARTINS, 2020). Ainda que as doenças do aparelho respiratório tenham representado apenas 7% no presente estudo – ficando atrás das doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas, bem como as neoplasias que assumiram respectivamente o terceiro e quarto lugar no presente estudo – consideramos similares os resultados.

Segundo estudo sobre prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil do ano de 2021, as doenças do aparelho circulatório apresentam como uma das mais prevalentes no Centro Oeste. De acordo com o observado em 2021, há um aumento das doenças cardíacas quando há aumento da idade, baixo grau de instrução e residência em área urbana. Também foi observada, na região Centro-Oeste, alta na prevalência de doenças respiratórias (SIMÕES et al., 2021). Um estudo de 2020, sobre epidemiologia da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apontou a região Centro-Oeste como possuidora da maior prevalência de DPOC, apesar de não apresentar a explicação para esse fenômeno. A causa da DPOC é multifatorial, com alguns fatores possíveis associados à DPOC sendo o tabagismo e a exposição à queima de biomassa, com uso extensivo de fogão a lenha para as necessidades domésticas. Esta exposição é agravada dado o uso de combustíveis sólidos em domicílios rurais de países em desenvolvimento (CRUZ; PEREIRA, 2020). Dessa forma, é plausível que o aumento de doenças do trato respiratório na região de Brazlândia possa ter relação com os fatores citados por esse artigo uma vez que é uma região mais rural.

Uma particularidade de Ceilândia foi a presença de crianças na internação domiciliar, o que justificou os códigos de doenças relacionadas aos problemas na gestação e às malformações – a média de idade das pessoas atendidas em Ceilândia foi de 55 anos – variando de um ano a 86 anos. Em Brazlândia, a média de idade foi de 63 anos – variando de 14 a 93 anos. Estudo desenvolvido no Paraná, em 2018, sobre o serviço de atenção domiciliar nos cuidados desenvolvidos às crianças com necessidades especiais (CRIANES), verificou que 50% dos diagnósticos foram de causas perinatais (ROSSETTO et al., 2019). Bertoldo *et al.* 2020, em revisão integrativa, identificaram escassez de estudos que relacionam a abordagem da atenção domiciliar com crianças e adolescentes. Em suas pesquisas, foram apontadas lacunas na formação dos profissionais de saúde devido à inexperiência para assistir o público infantil – possuidor de demandas específicas de cuidado, com destaque para a sobrecarga física, psicológicas e econômica dos cuidadores. Apesar das barreiras, a assistência pediátrica apresenta elementos benéficos que proporcionam o aumento do vínculo com a reinserção num espaço familiar, promovendo a humanização, a integralidade do cuidado e a autonomia dos usuários e seus cuidadores (BERTOLDO et al., 2020).

Dentre os usuários ativos listados em abril de 2018 até o final dos agendamentos em dezembro de 2018, registramos nove óbitos e uma re-hospitalização, que corresponde a cerca de 10% da população-alvo da pesquisa. Em dissertação (ALENCAR, 2013), cuja população-alvo foi composta por usuários do PID da RA de Ceilândia admitidos entre os anos de 2009 a 2012, totalizou-se um registro de 177 prontuários, dos quais 75 correspondiam a usuários do PID vivos e ativos no programa (23%), tinham tido alta do programa (18%) ou foram transferidos para outros programas (2%). Os registros revelaram uma mortalidade de 58% dos usuários da internação domiciliar no período de três anos estudados. Ainda que a incidência de 58% da mortalidade no período estudado não possa ser diretamente comparada à prevalência de mortalidade observada no presente estudo, ao que parece, o programa reduziu a taxa de mortalidade observada seis anos depois (considerado os anos de 2012 a 2018).

Ao observar que a atenção domiciliar abrange doenças que ameaçam a continuidade da vida e que o prognóstico de morte coexiste enquanto há vida – motivo pelo qual um dos papéis da internação domiciliar seja o cuidado paliativo –, seria de se esperar reduções na taxa de mortalidade ao longo dos anos. O cuidado paliativo revelado pela mortalidade presente no PID também justificaria investimentos na gestão em políticas públicas que sustentam o Sistema Único de Saúde, no sentido de oferecer treinamento para equipes de atenção domiciliar, para familiares e para cuidadores para lidar com a finitude da vida (MARQUES; BULGARELLI, 2020; VASCONCELOS; PEREIRA, 2018). Ao que parece, estimular e fortalecer políticas públicas que valorizem os cuidados na atenção domiciliar; melhorar gerenciamento; entender melhor questões sociais e clínicas da população assistida; fazer uso de tecnologias de comunicação como o teleatendimento; dentre outras, contribuíram para redução da mortalidade (CAETANO et al., 2020; SACCO et al., 2019; SANTOS et al., 2020; SAVASSI, 2016).

Ainda que a pesquisa tenha sido realizada em 2018, pré-pandemia, situações geradoras de mortalidade – já bem descritas, como doenças crônico-degenerativas e o processo convalescente de envelhecimento do Brasil – se somariam aos agravos respiratórios, neuromusculares e relacionados ao movimento, observados na pandemia de COVID19, favorecendo a mortalidade que parece ser bem combatida por serviços da atenção domiciliar (MARQUES; BULGARELLI, 2020; SAVASSI et al., 2020). Toda a presente discussão reforça a importância de que visitas domiciliares sejam bem-sucedidas. Em particular, na RS Oeste do DF, as visitas domiciliares exercem influência no reconhecimento de qualidade e recomendação de serviços prestados para uma população marcada por histórica desigualdade social (FLEISCHER, 2015; FURLANETTO et al., 2020).

CONCLUSÃO

A atenção domiciliar oferece à população uma assistência com a integração do cuidado específico e paliativo num ambiente amistoso que é o lar – ainda que uma parcela considerável da população não consiga acessar esse serviço ou permaneça em internação hospitalar com condições sensíveis à internação no domicílio. Infelizmente não tivemos acesso a essa informação, uma limitação do estudo. Evidenciamos uma população afetada por comorbidades crônicas – principalmente de natureza do aparelho circulatório, do sistema nervoso e de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Apesar do insucesso de quase metade dos agendamentos para visitas domiciliares – notadamente por chamadas não atendidas e telefones inexistentes –, acreditamos que a eliminação de desigualdades sociais, as atualizações de sistema e uma melhor integração entre pesquisadores e prestadores de serviço eliminarão obstáculos e dificuldades de comunicação encontradas. Observamos ainda que a abrangência do serviço de internação domiciliar alcançou desde moradores mais centrais até moradores de lugares longínquos em núcleos rurais, mostrando a importância da cobertura dessa assistência e revelando a eficiência de cobertura do sistema unificado de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, Valdenisia Apolinario. **Contribuições da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir no âmbito do SUS**. 2013. [S. l.], 2013.
- AZEVEDO, Heloisa Pereira Lima; ALVES, Adriana Melo. Rides – por que criá-las? **Geografias**, [S. l.], v. 06, n. 2, p. 87–101, 2010. <https://doi.org/10.35699/2237-549X..13298>
- BAPTISTA, Bruna Olegário; BEUTER, Margrid; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; BRONDANI, Cecília Maria; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SANTOS, Naiana Oliveira Dos. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 147–156, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>
- BERTOLDO, Caren da Silva; NEVES, Eliane Tatsch; RIBEIRO, Aline Cammarano; SCHIMITH, Maria Denise; OLIVEIRA, Diúlia Calegari De; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. Revisão Integrativa sobre a atenção domiciliar a crianças e adolescentes. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. 1–21, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10285>
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. <https://doi.org/10.4304/jcp.6.9.1903-1912>
- CAETANO, Rosângela; SILVA, Angélica Baptista; GUEDES, Ana Cristina Carneiro Menezes; DE PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno; DA ROCHA RIBEIRO, Gizele; SANTOS, Daniela Lacerda; DA SILVA, Rondineli Mendes. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: Ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. 1–16, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>
- CARVALHO, Danielli Piatti; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Claudia Silveira; GARANHANI, Mara Lúcia; RODRIGUES, Rosa Maria; RIBEIRO, Lucinéia de Fátima Chasko. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 450–458, 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>
- CAVALCANTI, Pauline; FERNANDEZ, Michelle; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas. Cooperação entre academia e governo para avaliar a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 25, p. 1–17, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.210103>
- CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por amostra de domicílios - PDAD 2018 - Ceilândia**. Brasília.
- CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2018 - BRAZLÂNDIA**. Brasília. v. 1.
- CODEPLAN. **Atlas do Distrito Federal 2020**, 2020.
- CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Brazlândia - PDAD 2021**. [s.l: s.n.], a.
- CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Sol Nascente/ Pôr do Sol -PDAD 2021**. [s.l: s.n.],b.

- CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Ceilândia - PDAD 2021**. [s.l.: s.n.] c.
- CRUZ, Marina Malheiro; PEREIRA, Marcos. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Ciência e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 11, p. 4547–4557, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00222019>
- DISTRITO FEDERAL. LEI COMPLEMENTAR Nº 803, DE 25 DE ABRIL DE 2009Brasil, 2009. p. 84.
- DISTRITO FEDERAL. LEI COMPLEMENTAR Nº 854, DE 15 DE OUTUBRO DE 2012Brasil, 2012. p. 1–12.
- DISTRITO FEDERAL. **Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral região Oeste , 2015**. [s.l.: s.n.].
- DISTRITO FEDERAL. DECRETO Nº 38.982, DE 10 DE ABRIL DE 2018Brasil, 2018. p. 1–56.
- DISTRITO FEDERAL. LEI Nº 6.359 DE 14 DE AGOSTO DE 2019Brasil, 2019.
- ELIAS, Michelly Ferreira Monteiro. Expressões da desigualdade social no Distrito Federal entre 2018 e 2020: O acirramento da “questão social” durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e28310514976, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14976>
- ESCOSTEGUY, Ana Carolina D.; FELIPPI, Ângela Cristina Trevisan; SIFUENTES, Lírian. Reconfigurações do espaço rural e do cotidiano familiar: os sujeitos e suas práticas com as tecnologias de comunicação. **Redes**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 211–231, 2020. <https://doi.org/10.17058/redes.v25i1.14243>
- FARIAS, Jéssica; MONTES, Heitor. Sol Nascente : Censo 2022 em uma das maiores favelas do país. **Censo 2022 em campo**, [S. l.], p. 1–11, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35253-sol-nascente-censo-2022-em-uma-das-maiores-favelas-do-pais>.
- FLEISCHER, Soraya. Autoria, subjetividade e poder: devolução de dados em um centro de saúde na Guariroba (Ceilândia/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 9, p. 2649–2658, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.03312015>
- FURLANETTO, Denise de Lima Costa; DE LIMA, Adriano de Almeida; PEDROSA, Claudia Mara; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; XAVIER, Mayra Fernandes; DA SILVA, Amanda Kellen Pereira; RODRIGUES, Viviane Belini; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Primary health care users’ satisfaction in the Federal District: The importance of timely access and home visits. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1851–1863, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>
- HAYA, Marinda Asiah Nuril; ICHIKAWA, Shuhei; WAKABAYASHI, Hideki; TAKEMURA, Yousuke. Family caregivers’ perspectives for the effect of social support on their care burden and quality of life: A mixed-method study in rural and sub-urban central Japan. **Tohoku Journal of Experimental Medicine**, [S. l.], v. 247, n. 3, p. 197–207, 2018. <https://doi.org/10.1620/tjem.247.197>
- IBGE. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2020**Diretoria de Pesquisas, 2021. a e b.
- MARQUES, Fernanda Pasquetti; BULGARELLI, Alexandre Fávero. The significance of home care in caring for the elderly in their twilight years: The human perspective of the SUS professional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 2063–2072, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. BRASIL: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA Nº 10/2023-CGADOM/DAHU/SAES/MS2023. p. 4–5.
- MONTEIRO, Joana Kátia de Mendonça Flexa; SÁ, Selma Petra Chaves; BEZERRA, Danielle Rachel Coelho. Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador familiar do idoso da quarta idade. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 1–16, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18931>
- MOURA, Cristina Patriota De; JANUZZI, Vinicius Prado. Brasília classificada: novos espaços de

classe média na capital federal. **Tempo Social**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 113–134, 2019.

<https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2019.151261>

PANORAMA MOBILE TIME/OPINION BOX. **Chamadas Indesejadas no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://www.mobilettime.com.br/pesquisas/chamadas-indesejadas-no-brasil-2021>. Acesso em: 6 nov. 2021.

PEIXOTO, Elane; OLIVEIRA, Adriana Mara Vaz De; WALDVOGEL, Alana Silva. As casas de Ceilândia. **Revista brasileira de estudos urbanos e regionais**, [S. l.], v. 23, p. 1–26, 2021.

<https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202104en>

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010**. Communicat ed. Washington D.C.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara Da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes Dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. 121, p. 592–604, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Home care in Brazil: An exploratory study on the construction process and service use in the brazilian health system. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1863–1877, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>

ROSSETTO, Vanessa; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; RODRIGUES, Rosa Maria; VIERA, Cláudia Silveira; NEVES, Eliane Tatsch. Development care for children with special health needs in home care at Paraná - Brazil. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–10, 2019.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0067>

SACCO, Ruth da Conceição Costa e. Silv.; CARDOSO, Paulo Ricardo dos Ramos; ESCALDA, Patrícia Maria Fonseca; ASSIS, Marcella Guimarães; GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. Evaluation of micro-level management of older person care in primary health centers in a health region in the Federal District of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 2173–2183, 2019.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08332019>

SANTOS, Naiana Oliveira Dos; COSTA, Marta Cocco Da; BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz; MACHADO, Diani de Oliveira; JAHN, Alice do Carmo; SILVA, Ethel Bastos Da; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Atenção domiciliar no sistema único de saúde: reflexão acerca do processo de organização e gestão. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, 2020.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6005>

SANTOS, Vanessa Travassos; CECILIA, Maria; MINAYO, De Souza. Mães que cuidam de crianças dependentes de tecnologia em atendimento domiciliar. [S. l.], v. 30, n. 4, p. 1–19, 2020.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300406>

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.

[https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro; REIS, Gustavo Valadares Labanca; DIAS, Mariana Borges; VILELA, Lidiane de Oliveira; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; ZACHI, Mara Lúcia Renostro; NUNES, Mônica Regina Prado de Toledo Macedo. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 2611, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611)

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Atenção domiciliar**. 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Atenção domiciliar**. 2024.

SIMÕES, Taynãna César; MEIRA, Karina Cardoso; DOS SANTOS, Juliano; CÂMARA, Daniel Cardoso Portela. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: Evidence of three household surveys. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 9, p. 3991–4006, 2021.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patrícia Mora. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Rev. Adm. Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 70, 2018.

<https://doi.org/10.23973/ras.70.85>