

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR LESTE/SUL – GOIÂNIA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

A RETROSPECTIVE STUDY OF THE PROFILE OF PATIENTS TREATED BY THE EAST/SOUTH HOME CARE SERVICE IN GOIÂNIA

Márcia Fernandes Santos¹

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar abrange ações preventivas, clínicas e de reabilitação realizadas em domicílio, as quais focam na continuidade dos cuidados e na integração às redes de atenção à saúde. É indicada para pacientes com restrição ao leito ou domicílio, além de atender às necessidades de pacientes com doenças crônicas. **Objetivos:** caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar da equipe multiprofissional Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás, através de uma análise retrospectiva; mensurar quanto tempo os pacientes permaneceram admitidos no Serviço e analisar os motivos das altas. **Metodologia:** o estudo foi baseado na análise dos prontuários no período de janeiro de 2013 a agosto de 2023. Foram aplicados os testes t de Student e o Qui quadrado para análise das variáveis quantitativas. Adotou-se α de 5% como grau de significância. **Resultados e Discussão:** Houve a prevalência do sexo masculino e da faixa etária acima de 60 anos, os filhos como cuidadores principais, o ano de 2019 foi o de maior admissão, prevaleceram as doenças do sistema nervoso e a hipertensão arterial sistêmica, uso de até três medicações, diminuição das internações e das lesões por pressão, via oral de alimentação, linguagem espontânea e orientada na alta, ventilação espontânea, dependência para mobilidade, o tempo de permanência no programa foi menos de um ano e o óbito consistiu no motivo de alta mais prevalente. As variáveis: profissão, raça, estado civil, escolaridade, moradia, número de residentes e índice de massa corporal apresentaram ausência de informações. A caracterização do perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço leva ao embasamento de evidências e a um planejamento adequado do cuidado. **Conclusão:** A ausência de informações nos prontuários manuscritos gerou dificuldade em delinear um perfil sociodemográfico, clínico e funcional completo dos pacientes admitidos, o que impede a adequação de melhores estratégias de acompanhamento ao paciente e gera escassez de dados epidemiológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção domiciliar à saúde; Idosos; Equipe interdisciplinar em saúde; Assistência domiciliar; Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Home Care encompasses preventive, clinical, and rehabilitation actions carried out at home, which focus on the continuity of care and integration into health care networks. It is indicated for patients with bed or home restrictions, in addition to meeting the needs of patients with chronic diseases. **Objective:** to delineate the profile of patients treated by the East/South Home Care Service in Goiânia, Goiás, through a retrospective analysis; to measure how long the patients remained admitted to the Service and to analyze the reasons for discharges. **Methodology:** The study was based on an analysis of medical records from January 2013 to August 2023. Student's T-test and the Chi-square test were applied to analyze the quantitative variables. Adopted α of 5% was adopted as the level of significance. **Results and Discussion:** There was a higher prevalence of males, individuals aged over 60, and children acting as primary caregivers. The highest number of admissions was recorded in 2019, with a notable prevalence of nervous system diseases and systemic arterial hypertension. Furthermore, the utilisation of up to three pharmacological agents was evidenced, concomitant with a reduction in hospitalisations and pressure injuries. The predominant feeding route was oral feeding, and at discharge, patients exhibited spontaneous and guided language abilities. Moreover, the patients were ventilated spontaneously and exhibited a dependency for mobility. The mean length of stay in the programme was less than one year, with the most common reason for discharge being death. The data set lacked information on the variables "profession," "race," "marital status," "education," "housing," "number of residents," and "body mass index." The characterization of the profile of the patients treated by the Service leads to the foundation of evidence and adequate care planning. **Conclusion:** The absence of information in the handwritten medical records generated difficulty in outlining a complete sociodemographic, clinical, and functional profile of the admitted patients, which prevents the adequacy of better follow-up strategies for the patient and generates a scarcity of epidemiological data.

KEYWORDS: Home Health Care; Elderly; Interdisciplinary Health Team; Home Assistance; Public Health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) surgiu como uma das alternativas de cuidado à população, com a motivação inicial de descongestionar os hospitais e proporcionar a construção de uma nova lógica de atenção, com ênfase em um ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares com promoção, prevenção à saúde e na humanização^{1,2}. Ao considerar essa modalidade de cuidado foi criado o Programa de Atenção Domiciliar, em 2011, por meio da Portaria N° 2.029, o qual apresentava normas para habilitação e cadastro no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)³. Esse programa sofreu modificações e atualmente é regido pela Portaria N° 963 de 27 de maio de 2013⁴.

A AD é caracterizada por ações preventivas, de tratamento clínico e reabilitação, realizadas em domicílio, as quais prezam pela continuidade de cuidados e pela integração às redes de atenção à saúde⁴. É indicada para pacientes com restrição ao leito e/ou domicílio, além de atender às necessidades de pacientes com doenças crônicas⁵. O SAD é um método de assistência muito importante que prioriza a qualidade de vida do paciente e dos seus cuidadores. No entanto, a literatura sobre o tema ainda é bastante escassa no Brasil⁶.

O Serviço se apresenta estruturado em equipes multidisciplinares, com o intuito de atender o paciente em sua integralidade, com o maior e melhor nível de resposta/funcionalidade. Os profissionais são divididos em equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP). A EMAD é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Já a EMAP necessita ter no mínimo três profissionais de nível superior, dentre eles: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional⁷.

A AD procura englobar o trabalho de toda a equipe de assistência e dos familiares que se responsabilizam pelos cuidados ao paciente. Ela deve ser executada considerando os princípios éticos e legais das profissões, resguardando a intimidade e privacidade do paciente a fim de protegê-lo de ações inapropriadas/errôneas por parte do cuidador, sugerindo alternativas eticamente aceitáveis e adequadas⁸. Entende-se que o SAD precisa da participação da equipe e da família, de modo cooperativo, atencioso e atento, visando às necessidades e à qualidade de vida do usuário.

O delineamento do perfil dos pacientes atendidos pelo SAD propicia o embasamento de evidências e o planejamento correto do cuidado em saúde, através da cultura de segurança e minimização de erros da equipe e dos próprios cuidadores⁹. A crescente importância do SAD no dia a dia dos usuários e das suas famílias exige um aprofundamento científico acerca do tema.

Deste modo, o objetivo geral desse estudo consistiu em caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pelo SAD da equipe Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás, através de uma análise retrospectiva. Espera-se, também, caracterizar quanto tempo os pacientes permaneceram admitidos pelo SAD e analisar os motivos das altas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, longitudinal, retrospectivo e descritivo baseado no levantamento e análise dos prontuários dos pacientes admitidos e atendidos pela equipe multiprofissional do SAD equipe Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás. Os dados foram coletados na área de arquivos localizada na sala da respectiva equipe, situada nas dependências da Unidade de Pronto Atendimento Doutor Paulo de Siqueira Garcia - Chácara do Governador, Goiânia, Goiás. O SAD faz parte das atividades da Secretaria Municipal de Goiânia, Goiás e presta assistência multiprofissional adequada e gratuita. A equipe multiprofissional do SAD Leste/Sul é composta por um médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma assistente social, duas fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma nutricionista.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários dos pacientes inseridos no SAD da equipe Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás, no período de janeiro de 2013 a agosto de 2023 e excluídos todos os prontuários anteriores a janeiro de 2013 e posteriores a agosto de 2023, além dos prontuários de pacientes admitidos por outras equipes do SAD. Diante dos critérios de inclusão e exclusão, foram coletados 235 prontuários.

Foi elaborado, pela pesquisadora responsável, um instrumento para coleta de dados que continha as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil, raça, naturalidade, região de abrangência do domicílio, moradia, número de residentes na moradia, grau de parentesco do cuidador principal, período da lesão, período da admissão, diagnóstico de base, patologia concomitante, índice de massa corporal (IMC), uso e quantidade de medicações, internações, presença e região corpórea da lesão por pressão (LPP), vias de alimentação, comunicação, ventilação, presença de traqueostomia, mobilidade no leito, motivos das altas e tempo de permanência no Serviço.

A análise dos dados fez-se por meio de estatística básica, composta por medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância). Além disso, foram aplicados o teste t de Student e o Qui quadrado para análise das variáveis quantitativas. Adotou-se α de 5% como grau de significância para verificação da rejeição da hipótese de nulidade ($p \leq 0,05$). Foi utilizado o programa Excel 2023, do programa Microsoft para a análise.

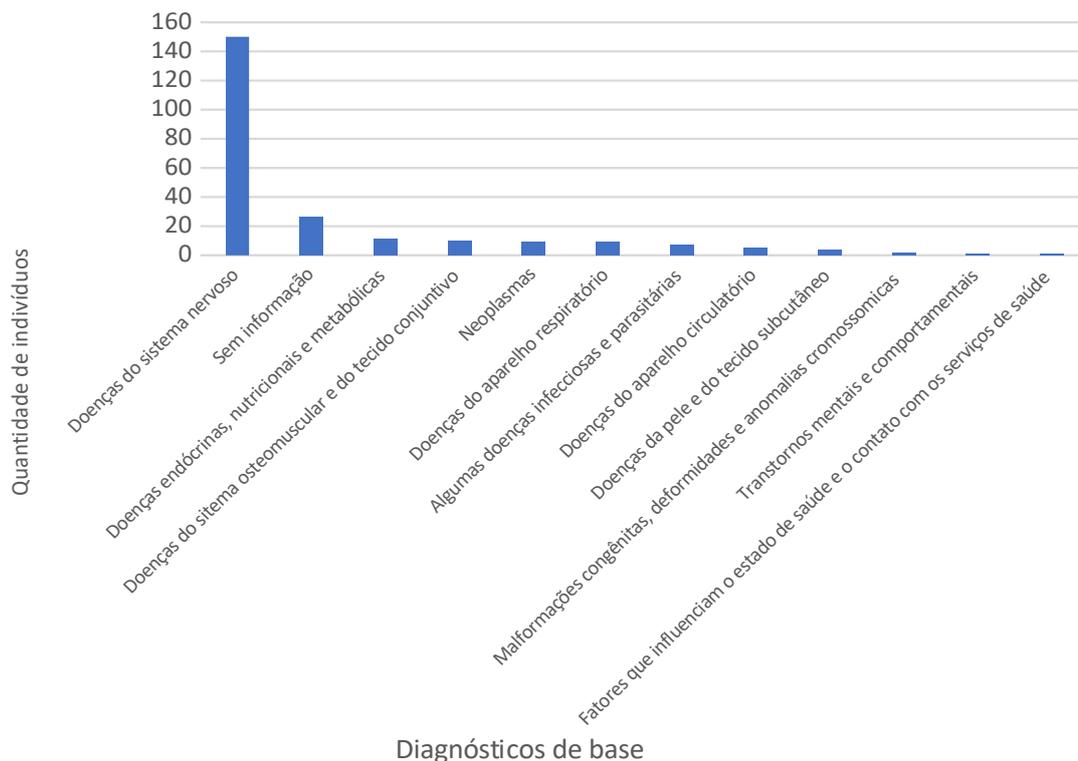
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Urgência da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL, Goiânia, Goiás (CAAE 76742623.8.0000.0237 e número do parecer 6.612.266. A pesquisa seguiu todas as normas regulamentadoras previstas.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2013 a agosto de 2023 foram analisados 235 prontuários cujos pacientes foram admitidos pelo SAD da equipe Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás, sendo 126 do gênero masculino (54%) e 109 do gênero feminino (46%). A faixa etária predominante consistiu no intervalo de 76 a 90 anos com 79 pacientes (34%), seguido do intervalo de 61 a 75 anos com 69 indivíduos (29%). A média dos intervalos de idades foi de 67,43 anos e a moda 78,33. Em relação à profissão, 168 prontuários não continham informação (71%) e 34 eram aposentados (14%). Quanto à escolaridade, em 165 prontuários estava ausente a informação (70%); já em 39 constavam que não eram alfabetizados (17%). O estado civil de 75 pacientes não constava nos prontuários (32%), já 72 eram casados (31%). Não foi possível destacar a raça predominante, pois, em 148 prontuários, também não havia a informação (63%); porém a raça branca foi presente em 43 indivíduos (18%).

A maioria dos pacientes é natural dos estados da região Centro-Oeste, 135 (57%). Salienta-se que 192 pacientes estavam domiciliados na região Leste (82%) do município de Goiânia. No que se refere à moradia, em 146 prontuários não constavam essa informação (62%); já 67 indivíduos residiam em moradia própria (29%). O predomínio do número de indivíduos na mesma residência que o paciente não foi observado, pois 127 prontuários não continham a informação (54%), seguido de 1 a 3 moradores em 86 prontuários (37%). O parentesco do cuidador principal predominante foram os filhos em 103 prontuários (44%).

Figura 1. Diagnósticos de base dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.



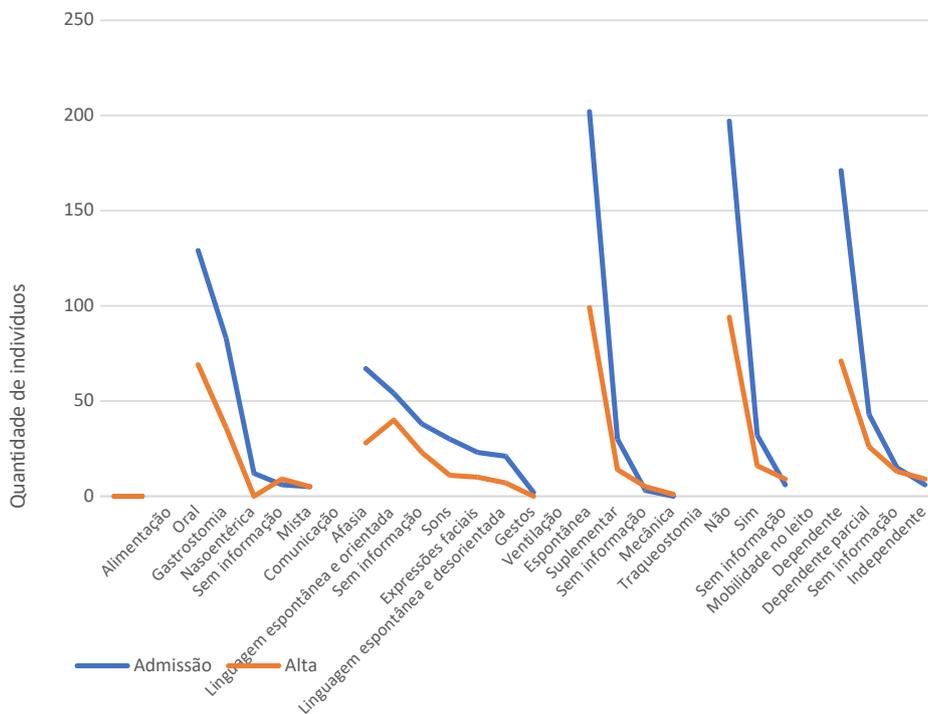
Fonte: Prontuários dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.

As datas das lesões de base compreenderam o intervalo do ano de 1942 até o ano de 2023, no entanto, em 137 prontuários não havia informações sobre essa data (58%). Com relação ao período das admissões no programa, o ano de 2019 foi o mais prevalente com 44 pacientes (19%), seguido de 2015 e 2016 ambos com 36 pacientes (15%). Destaca-se que, em 2022, somente 1 (1%) paciente foi admitido.

O diagnóstico de base seguiu a Classificação Internacional de Doenças, e a maior prevalência abrange as doenças do sistema nervoso, com 150 indivíduos (64%), conforme a figura 1. Entre os indivíduos desse grupo, 74 pacientes (31%) apresentavam o diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE), e 38 foram diagnosticados com Demências (16%). A patologia concomitante

ou associada de maior predomínio foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 102 indivíduos (24%). Os pacientes que possuíam duas ou mais patologias concomitantes foram 106 (45%).

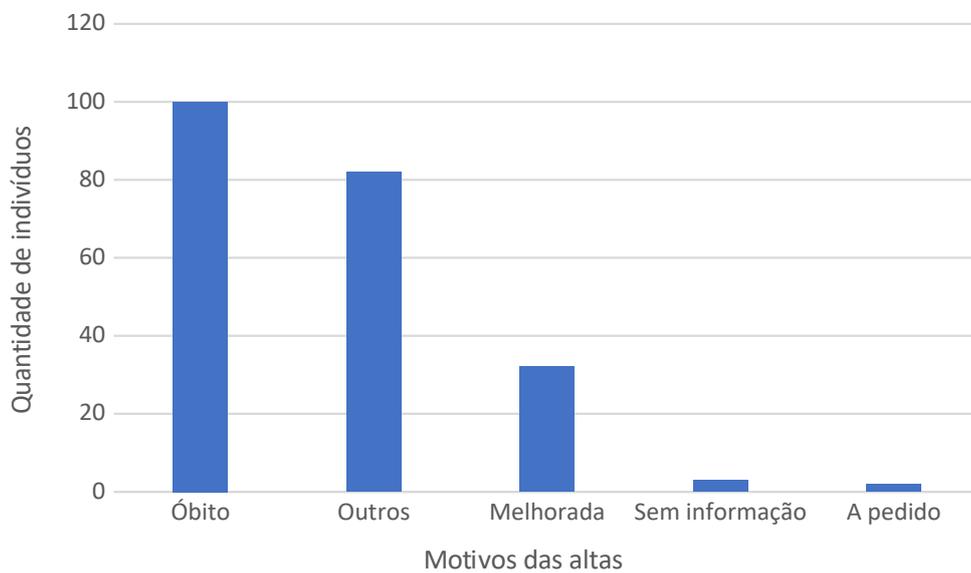
Figura 2. Comparativo das condições clínicas e funcionais dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.



Fonte: Prontuários dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.

Realizou-se a comparação da variável IMC na admissão e na alta, sendo observado que em 141 prontuários não havia informações sobre o IMC (60%) e, na alta do programa, 113 prontuários mantiveram a ausência dessa informação (95%). A quantidade de medicações distintas ingeridas pelos pacientes também foi observada e constatou-se que 98 pacientes utilizavam de 1 a 3 medicações no momento da admissão (42%). No entanto, na alta do Serviço, 50 pacientes ainda faziam uso do mesmo número de medicações (42%). A variável internação também foi analisada e considerando até dois meses antes da data de admissão no programa, 191 pacientes foram submetidos à internação (81%), porém no momento da alta somente 13 pacientes tiveram reinternações (11%). Na análise estatística, não houve diferença significativa entre admissões e altas nessa variável, o que pode ser justificado pela quantidade de prontuários sem informação e pelo número de pacientes que continuam em atendimento no SAD.

Figura 3. Motivos das altas dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.



Fonte: Prontuários dos pacientes admitidos pelo SAD Leste/Sul do município de Goiânia, Goiás.

O comparativo das LPP na admissão e na alta do SAD também foi realizado. Na admissão, 106 pacientes apresentavam LPP (45%), mas, na alta, 50 pacientes continuavam com LPP (42%). Na admissão e na alta a região sacral foi a mais acometida, 96 e 93 lesões respectivamente. Verificou-se também que, na admissão, 30 prontuários relatavam que as lesões eram bilaterais (hemicorpo esquerdo e hemicorpo direito) e, no momento da alta, 29 pacientes continuavam com as lesões bilateralmente. Em 61 prontuários constavam que o paciente tinha duas ou mais LPP na admissão. Já na alta, 58 prontuários relatavam presença de duas ou mais LPP. A figura 2 aponta um comparativo de variáveis clínicas e funcionais coletadas nos prontuários, colaborando para uma caracterização do perfil dos pacientes atendidos na presente equipe estudada.

Com relação ao desligamento do programa, 216 prontuários (92%) continham as datas em que os pacientes receberam alta. Destaca-se que 16 pacientes permanecem em acompanhamento no SAD (7%). As altas foram mais prevalentes no ano de 2016, com 51 pacientes (23%). Os motivos das altas associados estão descritos na figura 3 (46%). No que se refere ao tempo de permanência no programa, 109 pacientes receberam assistência do SAD por menos de 1 ano (50%). A média foi de 23 meses e a moda 3 meses.

DISCUSSÃO

No perfil sociodemográfico dos usuários, um estudo recente realizado na região Nordeste destacou a presença do gênero masculino, o que condiz com os resultados dessa pesquisa¹⁰. Estudos norte-americanos apontam que os homens apresentam mais patologias crônicas fatais, cardiopatias, aterosclerose, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, neoplasias, AVE, cirrose, doenças renais e referem uma maior limitação funcional e incapacidade de longa permanência devido a essas patologias crônicas^{11,12}.

Em relação à faixa etária, os achados do estudo vêm de encontro com os resultados de uma grande pesquisa na cidade de Curitiba, o qual apontou média de idade de 71 anos⁹. A maioria das pesquisas sobre atendimento domiciliar traz que a população predominante é idosa¹³. Nesse estudo, a variável profissão apresentou, em sua maioria, ausência de informação, no entanto, a aposentadoria foi uma renda significativa, assim como apontado em um estudo documental, o qual afirma que grande parte da renda dos usuários do SAD é formada por benefícios assistenciais e/ou previdenciários, o que resulta em um orçamento familiar frágil, com gastos altos e baixas receitas¹⁴.

O nível de escolaridade predominante também não pôde ser definido por falta da informação, porém os indivíduos não alfabetizados também somaram uma parcela importante, corroborando com um estudo realizado na região Sudeste do país, onde a baixa escolaridade foi predominante. Com relação ao estado civil, os achados demonstram concordância com esse mesmo estudo da região Sudeste, pois, em ambos a ausência dessa informação foi a mais prevalente¹⁵. Ressalta-se, ainda, que o predomínio dos prontuários que não continham essa informação e dos que continham a informação que eram casados foi próximo.

Não foi possível destacar a raça predominante, pois, em grande parte dos prontuários, não havia essa informação. Um estudo do tipo revisão bibliográfica também relata a ausência desta variável¹⁶. A raça tem sido considerada como um fator expositivo ao risco de adoecimento e óbito, além de ser um indicativo das desigualdades sociais¹⁷. A região Centro-Oeste foi a segunda maior região brasileira a apresentar médias elevadas de incompletude da variável raça nos prontuários eletrônicos, de acordo com um estudo ecológico¹⁸. A equipe SAD do município de Goiânia, Goiás, responsável pelas regiões Leste e Sul, apresentou uma maior demanda de admissões na região Leste. Autores afirmam que essa região demonstrou elevadas prevalências para fatores de risco no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente HAS, ainda na fase adulto jovem¹⁹.

Um estudo realizado no oeste paulista demonstrou que a maioria dos entrevistados residia em moradia própria²⁰. Neste estudo prevaleceu a ausência de informação, seguido dos indivíduos que residiam em moradia própria. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, idosos que possuem residência própria tendem a ser mais independentes, o que leva a uma qualidade de vida mais satisfatória²¹. Segundo o Censo 2022, a média de moradores em um mesmo domicílio tem diminuído no Brasil nos últimos anos, uma vez que o levantamento realizado em cerca de 73 milhões de moradias no país aponta que os lares brasileiros têm aproximadamente 2,79 pessoas²². Neste estudo prevaleceu a ausência de informação seguido de 1 a 3 moradores na mesma residência. Outro estudo realizado em Ribeirão Preto demonstrou que os cônjuges e filhos dos pacientes foram seus principais cuidadores, o que vem de encontro com os resultados desse estudo. Ainda afirmam sobre a importância da identificação da existência de uma base familiar para o cuidado em domicílio²³.

Diante da caracterização do quadro clínico, sabe-se que o prontuário é um dos documentos mais significativos, pois nele estão presentes todas as informações do paciente, auxiliando na continuidade do tratamento e na comunicação dos profissionais²⁴. No entanto, no presente estudo predominou a ausência sobre as datas das lesões, o que pode influenciar na compreensão dos processos patológicos/lesivos. Nos dados de identificação, devem conter as informações básicas do usuário, necessárias para o contato com o paciente, familiar ou responsável, e para a elaboração de estudos e análise epidemiológica²⁴. Observa-se que uma limitação desse estudo se caracteriza pela ausência de inúmeros dados, por vezes, básicos, nos prontuários dos pacientes.

Nota-se que, no período de 2021 a 2023, as admissões na equipe Leste/Sul de Goiânia foram mínimas, fato que se justifica pela ausência e/ou períodos curtos do profissional médico na EMAD. A EMAD é composta pelos profissionais: médico, enfermeiro,

fisioterapeuta e/ou assistente social, e auxiliares/técnicos de enfermagem. A falta do profissional médico impede as admissões, pois há impossibilidade do diagnóstico e acompanhamento clínico²⁵, além de a EMAP não dispor desse profissional. A não elegibilidade dos inúmeros pacientes encaminhados para o SAD, devido ao não atendimento dos critérios de inclusão, é outro fator importante para o reduzido quantitativo de admissões nesse período.

De acordo com uma pesquisa nacional, as doenças do aparelho circulatório e o AVE aumentaram em 2019, sendo uma das regiões do país com maior predomínio a região Centro-Oeste²⁶. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo no Sudeste brasileiro, o qual aponta o AVE como o diagnóstico de maior prevalência para indicação da AD¹⁵. Ainda no ano de 2019, a demência atingiu 55 milhões de pessoas a nível mundial, e há expectativas de que esse número dobre a cada 20 anos²⁷. O AVE e as demências englobam o grupo de doenças do sistema nervoso e consistiram nas patologias de maior prevalência nessa pesquisa, respectivamente, corroborando com os estudos.

Frente a esse quadro os autores de uma revisão integrativa afirmam que a HAS prevaleceu como comorbidade mais frequente entre os usuários da AD, especialmente entre os idosos, o que se assemelha com os resultados desse estudo²⁸. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e a Pesquisa Nacional de Saúde, a região Centro-Oeste apresentou um aumento de idosos portadores de multimorbidades de 2008 a 2019, especialmente HAS e diabetes mellitus²⁹.

Em 2019 o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico apresentou a prevalência de sobrepeso em idosos³⁰. No entanto, nesse estudo ocorreu predomínio da ausência de informações na admissão e na alta dos pacientes. O que se justifica pela carência da profissional nutricionista na equipe durante determinado período, cerca de um ano e meio, e os óbitos dos pacientes dias depois das admissões, o que impediam as avaliações nutricionais. Uma pesquisa realizada em Minas Gerais destaca a prevalência do uso de polifarmácia, ou seja, cinco ou mais medicamentos ao dia³¹, o que apresenta discordância com os resultados obtidos, onde os pacientes faziam uso de uma a três medicações na admissão e na alta. A quantidade de participantes e de comorbidades aliada às regiões onde foram realizadas as pesquisas justificam a diferença dos achados.

Um estudo realizado em Alagoas apresentou um número elevado de internações hospitalares durante o período assistencial no SAD³². Porém, nesse estudo, a quantidade de internações apresentou redução entre a admissão e a alta. Essa discordância de resultados se justifica pelo número de participantes distintos, período da realização dos estudos bastante diferentes e uma quantidade importante de prontuários sem informação. No que concerne à presença de LPP, os resultados deste estudo apresentam concordância quando comparados com o estudo realizado em Minas Gerais, no qual houve uma prevalência de pacientes que não eram acometidos por lesão na admissão e na alta. Em ambas as pesquisas a região corpórea mais acometida foi a sacral, seguida dos trocanteres e calcâneos³¹. A educação e a colaboração dos pacientes, familiares e cuidadores sobre os fatores de risco e as medidas preventivas é primordial na prevenção dessas lesões. Logo, percebe-se a importância do SAD no cuidado diário dos pacientes.

Com relação à via de alimentação, no presente estudo, a via oral, e posteriormente a gastrostomia, foram prevalentes em relação às demais na admissão e na alta. O estudo mineiro aponta resultados semelhantes e afirma que a alimentação é condição essencial para a vida humana, sendo necessária para a promoção, manutenção e/ou recuperação do estado de saúde³¹. Referente à comunicação, um estudo realizado na região Sul verificou que, a partir dos 60 anos, há uma maior ocorrência dos distúrbios fonoaudiológicos, sendo a linguagem a segunda mais prevalente³³. Não foram encontrados estudos recentes sobre a discriminação dos distúrbios de linguagem. Nesse estudo, na admissão predominou a afasia, e na alta, a linguagem orientada, o que demonstra uma melhora referente a essa variável.

Quanto à ventilação e ao uso de traqueostomia, o estudo mineiro vem de encontro com os resultados obtidos nessa pesquisa, nos quais prevaleceram, tanto na admissão quanto na alta, a ventilação espontânea e ausência da traqueostomia³¹. A dependência total no leito prevaleceu na admissão e na alta e apresentou significância quando comparada através dos testes estatísticos. No estudo realizado em Alagoas, os pacientes apresentavam dependência total para transferências, o que corrobora com os resultados dessa pesquisa. Ainda afirma que o grau de limitação pode variar de acordo com a população, com o tipo de assistência ofertada e com o grau de complexidade dos pacientes³².

Referente à evolução do paciente, esse mesmo estudo obteve uma taxa de alta bem maior³² em relação a essa pesquisa, a qual ocorreu pela diferença no número da população estudada, entretanto houve concordância com o estudo realizado em Minas Gerais, em relação ao motivo de alta de maior prevalência, o óbito³¹. Para obter alta do Serviço, os usuários deverão comprovar a mudança do domicílio para outra área de abrangência, ausência de cuidador, recusa do Serviço por parte do paciente/cuidador, melhora do quadro clínico e/ou funcional e hospitalização prolongada devido à piora do quadro geral³. Em 2016 foi publicada a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualizou as equipes habilitadas, esclarecendo sobre as atribuições e funcionamento do Programa, formação e habilitação das equipes, fluxo e perfil de pacientes a serem admitidos e financiamento⁵. Logo essa redefinição repercutiu na prática com as equipes e seus pacientes, o que justifica o ano de 2016 ter comportado o maior número de altas.

Um dos objetivos do SAD é diminuir o tempo de permanência do usuário no Serviço, favorecendo a rotatividade¹⁰. Nesse estudo, a maioria dos pacientes permaneceu no SAD por menos de um ano, o que demonstra claramente o alcance desse objetivo. Um estudo ecológico nacional apontou que 63% dos seus pacientes continuam no programa e o período de internação dos demais compreendeu de 1 a 12 meses¹⁸, o que difere desse estudo devido à quantidade da amostra, perfil e região em que os usuários estão localizados.

CONCLUSÃO

O SAD está totalmente voltado para o cuidado em domicílio, realizado por uma equipe multiprofissional que capacita e acompanha os cuidadores para uma melhor assistência com seus familiares. O perfil encontrado nesse estudo caracteriza-se por pacientes do sexo masculino, faixa etária acima de 60 anos, os filhos como cuidadores principais, os diagnósticos de base foram as doenças do sistema nervoso e a hipertensão arterial sistêmica, uso de até três medicações distintas, pacientes que não apresentavam lesões por pressão, via oral de alimentação, alteração na fala na admissão e linguagem orientada na alta, ventilação espontânea, ausência de traqueostomia e dependência para mobilidade no leito. O tempo de permanência no programa foi menos de um ano e o óbito consistiu no motivo de alta mais prevalente. As variáveis: profissão, raça, estado civil, escolaridade, moradia, número de residentes no mesmo domicílio e o índice de massa corporal apresentaram ausência de informações.

O impacto quanto às reinternações, internações em até dois meses anteriores à entrada no Serviço e pós admissional não foi significativo estatisticamente devido à falta da informação nos prontuários e à quantidade de pacientes que permanecem no programa. A ausência de informações nos prontuários manuscritos da equipe Leste/Sul do município de Goiânia gerou dificuldade em delinear um perfil sociodemográfico, clínico e funcional completo dos pacientes admitidos no programa, o que impede a adequação de melhores estratégias de acompanhamento, orientações e condutas específicas aos pacientes e seus cuidadores, além de gerar escassez de dados epidemiológicos.

Sugere-se uma reestruturação das fichas de avaliação para melhor preenchimento dos dados sociodemográficos, clínicos e funcionais, além do uso do prontuário eletrônico para adequado controle e preenchimento dos dados. É importante que ocorra o desenvolvimento de outros estudos acerca do Serviço, a fim de promover futuras discussões e contribuições para a comunidade científica, e, especialmente, para a população.

AFILIAÇÃO

1. Mestranda em Atenção à Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional. Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia. Especialista em Fisiologia do Exercício. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde Pública. Unidade de Pronto Atendimento Doutor Paulo de Siqueira Garcia, Chácara do Governador. Marcia-mfs@hotmail.com

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, Sirena S, Goldim JR. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Clin Bio Res* [Internet]. 2012 [citado em 10 Set 2023];32(3):311-7. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/31055>.
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 03 Out 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 03 Out 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 03 Out 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
6. Procopio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Kenia L, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [citado em 03 Out 2023];43(121):592-604. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/>.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e dá outras providências [Internet]. Brasília: CONASS; 2013 [citado em 12 Set 2023]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-10-2013-ATENC%CC%A7A%CC%83O-DOMICILIAR.pdf>.
8. Paiva PA, Dias OV, Costa FM, Leite MTS, Vieira MA, Rocha PT, Silva SSS, et al. Internações sensíveis à atenção domiciliar em um Hospital de Ensino em Montes Claros - MG, Brasil. *Rev Unimontes Cient* [Internet]. 2020 [citado em 03 Feb 2024];17(2):14-26. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/192>.
9. Johann DA, Cechinel C, Carvalha TFT, Benatto MC, Silva GP, Lara JA. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Semina: Ciênc Bio Saúde* [Internet]. 2020 [citado em 03 Out 2023];41(1):83-94. Disponível em:

- <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3622/3/27322>.
10. Oliveira NLL, Almeida ILS, Alencar APA, Lima ALA, Freitas MC, Carvalho RELF, et al. Indicadores de qualidade de um serviço de atenção domiciliar no nordeste do Brasil: estudo transversal. *Contrib a Las Cienc Soc* [Internet]. 2023 [citado em 03 Feb 2024];16(10):19816-19829. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2038/1650>.
 11. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Health Matrix* [Internet]. 1987 [citado em 03 Feb 2024];5(2):3-19. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10283417/#:~:text=In%20the%20United%20States%20and%20most%20other%20countries%2C,of%20illness%2C%20disability%20days%2C%20and%20health%20services%20use>.
 12. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999 [citado em 03 Feb 2024];4:745-755.
 13. Neves VFA, Moura TM, Oliveira GRSA, Rodrigues GRS. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários assistidos na atenção domiciliar. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2022 [citado em 03 Out 2023];11:4232. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/4032>.
 14. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EPB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis* [Internet]. 2019 [citado em 03 Out 2023];9(2): 290214. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/phys/a/YWwPc6MwLfBXz8WxrXmgpvy/?lang=pt>.
 15. Reis GFM, Jerico MC, Maloni AAS, Bedin SC, Gasques PCA, Kawata SLM. Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar. *Enferm Bras* [Internet]. 2021 [citado em 03 Out 2023];20(2):191-205. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4210>.
 16. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2020 [citado em 03 Out 2023]; 25(5):1863-1866. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxHz3gJn/>.
 17. Araújo EM, Costa MC, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interf* [Internet]. 2009 [citado em 03 Out 2023];13(31):383-394. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1414-3283&lng=en&nrm=iso
 18. Souza IM, Araújo EM, Filho AMS. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2024 [citado em 09 Jun 2024];29(3):1-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ltrw8MwFtyc57P5RGPSh6XN/>
 19. Carnellosso ML. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2010 [citado em 12 Set 2023];15(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LWQmZ8766X97YPzrVjNGYHJ/>
 20. Araujo ICD, Toretto GS, Toledo TAC, Oliveira MJ, Ferreira AD, Oliveira WGA. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de idosos de um centro de referência do idoso do oeste paulista. *Colloq Vitae* [Internet]. 2019 [citado em 14 Out 2023];11(1):17-23. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332598876_perfil_sociodemografico_e_qualidade_de_vida_de_idosos_de_um_centro_de_referencia_do_idoso_do_oeste_paulista.
 21. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pub* [Internet]. 2009 [citado em 12 Set 2023];43(4):613-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dRLwMC3y4Vjft93RdWY8Gc/#>
 22. Pereira AV. Censo 2022: Brasil tem menos de três moradores por domicílio. *Brasília: Correio Braziliense*; 2023 [citado em 09 Jun 2024]. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2023/06/5105291-censo-2022-brasil-tem-menos-de-tres-moradores-por-domicilio.html>.
 23. Chayamiti EMP, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [citado em 03 Out 2023];23(1):29-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yBCGGC8FMX5WxjhpQKzqYZj/>.
 24. Carvalho KR. O prontuário como fonte de informação [monografia]. Porto Alegre: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul; 2016.
 25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família e Comunidade. Diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 10 Jul de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nt10caimdescosaps.pdf>.
 26. Simoes TC, Meira KC, Santos J, Câmara DCP. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2021 [citado em 03 Out 2023];26(09). Disponível em: <https://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencias-de-doencas-cronicas-e-acesso-de-servicos-de-saude-no-brasil-evidencias-de-tres-inqueritos-domiciliares/18005?id=18005&id=18005&id=18005>.
 27. World Health Organization. Public health response to dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 10 Set 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>.
 28. Rivas CMF, Farinha AL, Zamberlan C, Colomé JS, Santos NO. Perfil de saúde de idosos em atendimento domiciliar. *Res Soc and Dev* [Internet]. 2021 [citado em 03 Out 2023];10(10): 365101018919. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/367866339_Perfil_de_saude_e_de_idosos_em_atendimento_domiciliar](https://www.researchgate.net/publication/367866339_Perfil_de_saude_de_idosos_em_atendimento_domiciliar).
 29. Cesário VAC. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2021 [citado em 10 Set 2023];26(9):4033-4044. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5bJDP3X9JPrmFlj38LnQy8b/>.
 30. Souza AFAS, Silva MG, Queiroz ACC, Rodrigues SM, Forjaz CLM, Silva CLA. Pontos de corte de índice de massa corporal e suas relações com doenças crônicas não transmissíveis em idosos. *Rev Bras Ger Geront* [Internet]. 2023 [citado em 13 Feb 2024];26:e230054. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/qXgVGH3dqzw6cK36qM4RBCD/>
 31. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAOR, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado em 03 Out 2023];10(3):112-118. Disponível em: <https://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>.
 32. Carnauba CMB, Silva TDAS, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Filho EMT. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev Bras Geriatr Geront* [Internet]. 2017 [citado em 03 Out 2023];20(3). Disponível em: www.redalyc.org/pdf/4038/403852162006.pdf.
 33. Dimer NA, Rech RS, Chiari BM, De Goulart BNG. Prevalência de distúrbios fonoaudiológicos em adultos e idosos, segundo sexo e faixa etária: um estudo populacional. *Comunicação Breve – coDAS* [Internet]. 2021 [citado em 03 Out 2023];33(3):e20200080. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/kV7fZdQyrDR9js95ndzRcmd>.