



## Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil

Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil

Carla Montenegro Dâmaso Carnaúba<sup>1</sup>  
Thaysa Dayse Alves e Silva<sup>2</sup>  
Juliana Felizardo Viana<sup>2</sup>  
Júlia Badra Nogueira Alves<sup>2</sup>  
Natália Lima Andrade<sup>2</sup>  
Euclides Maurício Trindade Filho<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Caracterizar clínica e epidemiologicamente os pacientes em atendimento domiciliar no município de Maceió, AL, Brasil. **Métodos:** Tratou-se de um estudo observacional de caráter transversal com a amostra de 859 pacientes, obtidos através de prontuários de instituições que prestam Serviço de Assistência Domiciliar, sendo 445 pacientes do serviço público e 414 do privado. Utilizou-se análise descritiva para as variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais. **Resultados:** A maioria dos pacientes são idosos, do sexo feminino, acamados, alimentavam-se via oral, com quadro de doenças neurológicas, sendo o diagnóstico mais comum o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Em relação à evolução do quadro: 16,8% pacientes receberam alta do atendimento domiciliar, 45% pacientes foram a óbito e 24% apresentaram internação hospitalar durante a assistência domiciliar. Em relação ao quadro clínico: 9% representa a totalidade de pacientes traqueostomizados, 84,7% pacientes respiravam em ar ambiente, 9,3% utilizavam oxigênio, 4% utilizavam o auxílio da Ventilação Mecânica não Invasiva, 1,9% faziam uso da Ventilação Mecânica Invasiva e 24,9% dos pacientes apresentava úlcera por pressão. Em relação ao atendimento domiciliar: todos os pacientes receberam visita médica, 693 pacientes recebiam os cuidados da enfermagem, 767 pacientes realizavam sessões de fisioterapia, 233 faziam acompanhamento fonoaudiológico, 665 pacientes faziam acompanhamento nutricional, 64 pacientes realizavam sessões de terapia ocupacional e 98 faziam acompanhamento psicológico. **Conclusão:** Pode-se observar que alguns resultados divergiram da literatura, e entre o serviço público e o privado. Essa divergência pode estar relacionada à epidemiologia específica de cada região e ao tipo de seguro pagador da assistência (SUS ou Privado).

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar. Perfil Epidemiológico. Idoso.

### Abstract

**Objective:** To clinically and epidemiologically characterize patients receiving home care in the city of Maceio, in the state of Alagoas, Brazil. **Methods:** An observational, cross-sectional study with a sample of 859 patients was carried out, based on data obtained from the medical records of institutions that provide a home care service. A total of 445 patients were from a public service and 414 were from a private service. Descriptive

**Keywords:** Home Nursing. Epidemiological Profile. Elderly.

<sup>1</sup> Centro Universitário CESMAC, Departamento de Ciências Biológicas. Maceió, AL, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário CESMAC, curso de medicina. Maceió, AL, Brasil.

analysis was used for the demographic, clinical and functional variables. *Results:* Most patients were elderly, female, bedridden, fed orally and had neurological disorders, with stroke the most common diagnosis. Regarding patient evolution, 16.8% of individuals were discharged from home care, 45% of patients died and 24% were hospitalized during the period of home care. A total of 9% of patients had a tracheostomy, 84.7% breathed room air, 9.3% used oxygen, 4% used noninvasive mechanical ventilation, 1.9% used invasive mechanical ventilation, and 24.9% of patients had pressure ulcers. All patients received medical visits, with 693 receiving nursing care, 767 undergoing physiotherapy, 233 receiving speech therapy sessions, 665 patients accompanied by a nutritionist, 64 undergoing occupational therapy sessions and 98 receiving counseling. *Conclusion:* It was noted that some results differed from literature and between the public and private service. This divergence could be related to the specific epidemiology of each region and the type of insurance paying for care (Unified Health Service or Private).

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo objeto investigado deve-se ao crescimento da assistência domiciliar no Brasil, cujo objetivo principal é desospitalizar pacientes crônicos estáveis, a fim de desocupar leitos de hospitais. Assim, espera-se diminuir a superlotação hospitalar e minimizar alguns dos principais problemas inerentes aos sistemas de saúde vigentes, especialmente os da rede pública<sup>1,2</sup>.

O termo “assistência domiciliar” vem do inglês *home care* e significa cuidado do lar. Pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem desenvolvidos no domicílio do paciente. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional<sup>3</sup>. É um modelo em processo de expansão por todo Brasil e desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde<sup>3</sup>.

Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar<sup>4,5</sup>.

Os objetivos aos quais se propõem esse tipo de serviço de assistência domiciliar são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares; reduzir os custos da internação hospitalar; diminuir os riscos de infecção hospitalar; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência

humanizada e integral; melhorar a qualidade de vida do paciente; evitar reinternações; reinserir o paciente na sociedade; preservar a autonomia do paciente; estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto<sup>6,7</sup>.

Faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico da população atendida a domicílio, para que se desenvolvam técnicas de cuidado que melhor se enquadrem e atendam às necessidades específicas dos pacientes. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo caracterizar clínica e epidemiologicamente os pacientes em atendimento domiciliar no município de Maceió. Os objetivos específicos foram: caracterizar demograficamente os pacientes em atendimento domiciliar; identificar as principais doenças motivadoras do atendimento domiciliar; analisar o desfecho do atendimento domiciliar; identificar o nível de dependência do paciente em atendimento domiciliar; caracterizar a composição da equipe multidisciplinar; identificar a presença de internações hospitalares e a presença de úlceras por decúbito; analisar a via de alimentação e a via de respiração e comparar o perfil dos pacientes atendidos no sistema público e privado.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e transversal. Os dados foram coletados no setor de arquivo das instituições que prestam serviço de atendimento domiciliar no município de Maceió, AL, Brasil: Clínica, NIAD (Núcleo Interdisciplinar de Assistência Domiciliar) e SAD (Serviço de Atenção Domiciliar). O município de Maceió, capital de

Alagoas, tem uma população de 936.314 habitantes, com aproximadamente 66.470 idosos, com uma expectativa de vida no estado de 67,2 anos.

O SAD (público) faz parte das atividades da Secretaria Municipal de Maceió, AL, que presta assistência multiprofissional adequada e gratuita a pacientes de pequena a média complexidade. Aqueles que exigem um tratamento mais complexo, como ventilação mecânica ou a presença de enfermagem 24 horas não são incluídos no programa.

A Clinilar e NIAD são empresas (privadas) de *home care* que prestam serviço de assistência domiciliar em Maceió, AL. Os serviços prestados são realizados por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de saúde formados e capacitados para realizar de procedimentos simples aos mais complexos, podendo ser montada uma estrutura semelhante a um leito de UTI e até mesmo presença de enfermagem 24 horas. Essas empresas atendem de forma particular ou convênio.

O tamanho da amostra foi determinado em 879 pacientes, utilizando-se a equação abaixo para populações finitas com os seguintes critérios: a) total de pacientes em atendimento domiciliar, 1.950; b) intervalo de confiança de 95%, expresso em desvio padrão de 1,96; c) erro amostral de 5%; d) prevalência de 80%. A estimativa de prevalência de 80% foi adotada, considerando através da realização de um estudo piloto, no qual foram avaliados de forma aleatória os prontuários de 30 pacientes, levando como referência a proporção de pacientes idosos.

$$n = \frac{\sigma^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 p \cdot q}$$

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários dos pacientes inseridos no Programa de Atendimento Domiciliar, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, em três instituições do município de Maceió, AL. Foram excluídos da pesquisa todos os

prontuários que estiverem com grande quantidade de dados incompletos e/ou ilegíveis.

Foi elaborado um instrumento para coletas de dados que continha as seguintes variáveis: nome, idade, sexo, diagnóstico principal, grau de dependência para deambular, via de respiração, via de alimentação, uso de suporte ventilatório, presença de úlcera por decúbito, óbitos, alta e internações hospitalares. Foi solicitado o declínio do consentimento livre e esclarecido, visto que o trabalho é retrospectivo e os dados foram coletados nos prontuários das instituições que prestam serviço de atendimento domiciliar. Pelo fato de o trabalho ser retrospectivo, muitos pacientes já receberam alta da assistência domiciliar e muitos foram a óbito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Estudos Superiores de Maceió, AL (CESMAC), número do parecer 1.252.375.

As variáveis quantitativas foram apresentadas na forma de média, mediana e desvio-padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas em tabelas de frequência.

## RESULTADOS

Dos 879 prontuários coletados nas instituições que prestam serviço de atendimento domiciliar, 20 foram excluídos por possuírem dados incompletos. Assim, a amostra final do estudo foi composta de 859 pacientes, no qual 445 pacientes foram do serviço público de atenção domiciliar e 414 foram dos serviços privados. A maior parte dos pacientes era do sexo feminino (56,9%), a maioria idosos, com idade média de 72,62 ( $\pm 18,28$ ) e a mediana de 78 anos. A frequência maior foi na faixa etária acima de 79 anos (44%), resultado semelhante encontrado entre as instituições privadas e pública.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes em atendimento domiciliar. Maceió, AL, 2011-2015.

Variável	n (%)	Público (%)	Privado (%)
Sexo			
Feminino	489 (56,9)	247 (55,5)	242 (58,5)
Masculino	370 (43,1)	198 (44,5)	172 (41,5)
Faixa etária (anos)			
0-19	14 (1,6)	6 (1,3)	8 (1,9)
20-39	50 (5,8)	20 (4,5)	30 (7,2)
40-59	83 (9,6)	35 (7,8)	48 (11,6)
60-79	308 (36)	188 (42,2)	120 (29)
Acima de 79	378 (44)	185 (41,6)	193 (46,6)
Sem informação	26 (3)	11 (2,5)	15 (3,6)

Em relação à variável, de acordo com o diagnóstico, observou-se que as doenças neurológicas foram as que mais prevaleceram no atendimento domiciliar, com 61,1%, seguida das doenças oncológicas, com 6,5%. Observou-se que na instituição pública as doenças neurológicas (64,7%) também foram as mais comuns, seguidas das doenças endócrinas (10,5%) e ortopédicas (8,7%). Já nas instituições privadas as causas mais frequentes que levaram o paciente à assistência domiciliar foram as doenças neurológicas (57,2%), seguidas das doenças oncológicas (8,9%) e ortopédicas (3,8%).

Observou-se nos prontuários analisados que alguns pacientes não apresentavam uma única patologia, mas a interação de várias patologias

que atuam concomitantemente no organismo, apresentado, assim, mais de um diagnóstico.

No aspecto relacionado à evolução do paciente, 145 (16,8%) pacientes receberam alta do atendimento domiciliar, 386 (45%) pacientes foram a óbito e 206 (24%) pacientes apresentaram internação hospitalar durante o período de assistência domiciliar (Tabela 2). Dos 145 pacientes que receberam alta, 124 eram das instituições públicas e apenas 21 pacientes eram das instituições privadas.

De acordo com o diagnóstico específico, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) representa 35,2%, sendo a causa mais frequente da busca do paciente pelo serviço de assistência domiciliar, seguida pelo quadro demencial (9,4%) e neoplasia (5,8%) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Características de acordo com o diagnóstico. Maceió, AL, 2011-2015

Variável	n (%)	Público (%)	Privado (%)
Diagnóstico			
Doenças neurológicas	526 (61,1)	288 (64,7)	237 (57,2)
Doenças oncológicas	56 (6,5)	19 (4,3)	37 (8,9)
Doenças ortopédicas	55 (6,4)	39 (8,7)	16 (3,8)
Doenças endócrinas	48 (5,6)	47 (10,5)	1 (0,2)
Doenças pulmonares	20 (2,3)	7 (1,6)	13 (3,1)
Doenças cardíacas	18 (2,1)	6 (1,3)	12 (2,9)
Doenças reumáticas	12 (1,4)	8 (1,8)	4 (0,9)
Doenças hepáticas	7 (0,8)	1 (0)	6 (1,4)
Doenças renais	6 (0,7)	2 (4)	4 (0,9)
Doenças psiquiátricas	6 (0,7)	6 (1,3)	0 (0)
Outras	19 (2,2)	18 (4)	1 (0,2)
Sem informação	104 (12,1)	12 (2,7)	92 (22,2)

**Tabela 3.** Característica de acordo com o diagnóstico específico. Maceió, AL, 2011-2015.

Diagnóstico	n (%)	Público (%)	Privado (%)
Acidente vascular encefálico	303 (35,2)	186 (41,8)	117 (28,2)
Demência	81 (9,4)	37 (8,3)	44 (10,6)
Neoplasia	50 (5,8)	15 (3,3)	35 (8,4)
Diabetes descompensada	48 (5,6)	47 (10,5)	1 (0,2)
Fraturas	38 (4,4)	31 (7)	7 (1,7)
Parkison	29 (3,3)	15 (3,3)	14 (3,4)
Doenças neuromusculares	23 (2,6)	2 (0,4)	21 (5)
Lesão medular	21 (2,4)	13 (2,9)	8 (1,9)
Traumatismo crânio encefálico	19 (2,2)	9 (2)	10 (2,4)
Poli traumatismo	14 (1,6)	6 (1,3)	8 (1,9)
Insuficiência cardíaca	14 (1,6)	6 (1,3)	8 (1,9)
Encefalopatia hipóxica	12 (1,4)	0 (0)	12 (2,9)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	11 (1,3)	1 (0,2)	10 (2,4)
Artrose	9 (1)	6 (1,3)	3 (0,7)
Outros	83 (9,6)	59 (13,2)	24 (5,8)
Sem informação	104 (12,1)	12 (2,7)	92 (22,2)

No que tange as características clínicas e funcionais dos pacientes atendidos em domicílio, os pacientes acamados (que não deambulam) representam a totalidade dos pacientes (72,5%). Os pacientes que deambulam com dependência de terceiros, equivale a 19,5% e os pacientes que deambulam sem dependência representam 3% da amostra. Fato interessante observado é que dos 26 pacientes que deambulam independente, 22 são do setor público e apenas quatro são dos serviços privados.

Em relação à via de alimentação, 538 pacientes (64%) se alimentam via oral, 134 (15,6%) se alimentam por via gastrostomia, 132 pacientes (15,3%) se alimentam por sonda naso-enteral (SNE) ou naso-gástrica (SNG) e apenas cinco pacientes (0,6%) fizeram uso da nutrição parenteral. Outro fato significativo no estudo é quando se compara o uso de sondas no serviço público, observa-se que a prevalência de SNE ou SNG é maior do que o uso de gastrostomia, diferente do que acontece no serviço privado.

Os pacientes que eram traqueostomizados representam uma totalidade de 9% (78 pacientes). Pode-se observar que a maioria dos pacientes traqueostomizados e que possuem gastrostomia são do serviço privado, apenas oito e nove pacientes, respectivamente, são do serviço público.

A maioria dos pacientes (84,7%) respirava em ar ambiente, 9,3% utilizavam oxigênio, 4% utilizavam o auxílio da Ventilação Mecânica Não Invasiva e Ventilação Mecânica Invasiva.

Em relação à presença de úlcera por pressão, 214 dos pacientes (24,9%) apresentavam algum tipo de úlcera (Tabela 4), sendo a maior parte do setor público.

Todos os pacientes receberam visita médica, visto que o médico é o profissional responsável pela prescrição de medicamento. Os dados referentes ao número de pacientes atendidos pela equipe multidisciplinar estão na Tabela 5. O que chama atenção é o fato de que todos os pacientes do serviço privado realizavam sessões de fisioterapia, e apenas um paciente não recebeu visita do nutricionista.

**Tabela 4.** Características Clínicas e funcionais dos pacientes atendidos em domicílio. Maceió, AL, 2011-2015.

Variável	N (%)	Público (%)	Privado (%)
Níveis de dependência			
Não deambula (restrito ao leito)	623 (72,5)	322 (72,3)	301 (72,7)
Deambula com dependência	168 (19,5)	97 (21,7)	71 (17,1)
Deambula sem dependência	26 (3)	22 (4,9)	4 (0,9)
Sem informação	42 (4,9)	4 (0,9)	38 (9,1)
Via de alimentação			
Oral	538 (64)	393 (88,3)	145 (35)
Gastrostomia	134 (15,6)	9 (2)	125 (30,2)
Sonda naso (enteral ou gástrica)	132 (15,3)	40 (9)	92 (22,2)
Parenteral	5 (0,6)	0 (0)	5 (1,2)
Sem informação	50 (5,8)	3 (0,7)	47 (11,3)
Uso de traqueostomia			
Não	781 (91)	437 (98,2)	344 (83)
Sim	78 (9)	8 (1,8)	70 (16,9)
Suporte ventilatório			
Ar ambiente	728 (84,7)	439 (98,6)	289 (69,8)
Oxigenioterapia	80 (9,3)	6 (1,3)	74 (17,8)
Ventilação mecânica não invasiva	35 (4)	0 (0)	35 (8,4)
Ventilação mecânica invasiva	16 (1,9)	0 (0)	19 (0,4)
Presença de úlcera de pressão			
Sim	214 (24,9)	133 (29,9)	81 (19,5)
Não	645 (75)	312 (70,1)	333 (80,4)

**Tabela 5.** Número de pacientes atendidos pela equipe multidisciplinar. Maceió, AL, 2011-2015.

Variável	N (%)	Público (%)	Privado (%)
Médico	859 (100)	445 (100)	414 (100)
Fisioterapeuta	767 (89,3)	353 (79,3)	414 (100)
Enfermagem	693 (80,6)	321 (72,1)	372 (89,8)
Nutricionista	665 (77,4)	252 (56,6)	413 (99,7)
Fonoaudiólogo	233 (27,1)	79 (17,7)	154 (37,1)
Psicólogo	98 (11,4)	41 (22,4)	57 (13,7)
Terapeuta ocupacional	64 (7,4)	44 (9,9)	20 (4,8)

## DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos pacientes estudados mostraram-se compatíveis com a literatura em relação à população de programas de assistência domiciliar<sup>1,2,8,9</sup>. A prevalência com relação à idade dos sujeitos do estudo concentrou-se na faixa etária acima de 79 anos, que somada a outras faixas etárias, acima dos 60 anos, perfazem o

percentual de 80%, evidenciando que a assistência domiciliar é prevalentemente geriátrica. Benassi et al.<sup>2</sup>, que pesquisou o perfil epidemiológico de pacientes em atendimento fisioterapêutico em *home care* no município de São Paulo (SP), observou a prevalência predominante na faixa etária entre 71 a 90 anos. Góis<sup>9</sup> também apresentou resultado semelhante no que se refere a idade, com predominância na faixa etária de 70 a 89 anos. Martelli et al.<sup>1</sup> e Del

Duca et al.<sup>10</sup> registraram a prevalência maior na idade superior a 80 anos. Resultado semelhante encontrado na internação domiciliária do Hospital Público de Santa Maria (RS)<sup>8</sup>. No estudo de Kamenski et al.<sup>11</sup>, na Áustria, o público alvo do cuidado domiciliar era composto majoritariamente (mais de dois terços) por mulheres, e a média de idade de 80 anos.

Essa predominância pode ser explicada pelo fato de ser nessa faixa etária da população (acima dos 60 anos) que se encontram os níveis severos de incapacidade, gerada pela evolução de doenças crônicas. Para os idosos a assistência domiciliar tem crescido em relação a outros tipos de assistência à saúde, representando 72% dos beneficiários<sup>12</sup>.

Essa prevalência se justifica pelo processo de transição demográfica que o país está vivendo e pelo aumento do número de doenças crônicas nessa população. As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento podem ser amenizadas com ações que promovam a saúde e auxiliem na manutenção da capacidade funcional do idoso. Assim, os programas de atenção domiciliar apresentam-se como uma das alternativas incentivada pelo governo brasileiro frente a essa demanda<sup>12</sup>.

Quanto ao sexo, houve predominância do sexo feminino, semelhante à maioria dos estudos realizados sobre assistência domiciliária<sup>1,2,9,10,12-14</sup>. Fato que pode ser explicado através de resultados de pesquisa do IBGE<sup>15</sup>. Ao observar a razão de sexo por grupos etários no Brasil, notou-se que, até o grupo de 20 a 24 anos de idade, a razão de sexo foi superior a 100,0, indicando que havia excedente de homens na população. Para as idades acima de 25 anos, o excedente passa a ser feminino, sendo que, no grupo de 60 anos ou mais de idade, o indicador foi de 80,0 homens para 100 mulheres nessa faixa etária.

O índice de mortalidade é maior nos homens do que nas mulheres, o que torna a população do sexo feminino idosa maior. A sobremortalidade masculina de adultos e de idosos jovens e sua consequência à “feminização” do envelhecimento resultam, portanto, das maiores taxas de mortalidade por doenças circulatórias, outras doenças associadas ao tabagismo, como as neoplasias e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), alcoolismo (algumas neoplasias digestivas e hepatopatia alcoólica) e causas externas (mortes violentas e atropelamentos), entre

os homens<sup>16</sup>. As expectativas de vida ao atingir 80 anos em 2015 foram de 10,1 e 8,4 anos para mulheres e homens, respectivamente<sup>17</sup>.

Segundo o censo do IBGE<sup>15</sup>, a população é predominantemente feminina no município de Maceió, AL. A predominância entre mulheres pode ser também reflexo do crescimento desigual da expectativa de vida entre os sexos, mais significativo nas mulheres do que nos homens, podendo ser atribuído a fatores biológicos e/ou exposição desigual a fatores de risco à saúde.

Os distúrbios neurológicos foram os mais frequentes, com 61,1% dos pacientes, seguido de doenças oncológica, com 6,5% dos pacientes. Sendo o AVE, o distúrbio neurológico que mais apareceu nos prontuários como maior motivo para o encaminhamento da assistência domiciliar (35,2%), tanto no setor público (41,8%), quanto no privado (28,2%).

É importante salientar que os diagnósticos variaram quando se comparou o serviço público (SAD) com o serviço privado (NIAD e CLINILAR), podendo ser explicado pela complexidade do quadro dos pacientes que era maior no serviço privado, visto que o serviço SAD do município de Maceió-AL não dá suporte a pacientes de alta complexidade que façam uso de equipamentos e procedimento especiais.

Resultado semelhante encontrado no estudo de Fabrício et al.<sup>18</sup>, onde o diagnóstico mais prevalente foi doença neurológica (27%), seguida de neoplasias (17%). No estudo de Aguiar<sup>19</sup>, a maioria dos pacientes apresentava doenças neurológicas (68,7%), seguida de doenças endócrino-metabólicas (64,8%).

No estudo de Brondani et al.<sup>20</sup>, com pacientes atendidos no Serviço de Internação Domiciliar, no Rio Grande do Sul, também o diagnóstico mais prevalente foi o AVE (26,3%), seguido de neoplasias (18%). Os agravos mais comuns dos usuários do Programa de Internamento Domiciliar (PID), em Monte Claros (MG), foram a pneumonia (16,1%) e diabetes *mellitus* (6,6%)<sup>1</sup>. No estudo de Gargano et al.<sup>8</sup>, os principais agravos foram as doenças respiratórias (35,5%) e complicações de neoplasias (12%).

Essa alta prevalência de doenças neurológicas pode ser explicada pelo fato de que o volume e o

peso do cérebro declinam com a idade, a uma taxa aproximada de 5% por década após os 40 anos, observando-se uma acentuação no declínio a partir da sétima década de vida. Esse fato torna o idoso mais predisposto a uma série de condições clínicas que provocam repercussões neurológicas<sup>21</sup>.

No Brasil, o AVE é a primeira causa de internação, mortalidade e incapacidades, superando até mesmo o câncer e as doenças cardíacas<sup>15,22,23</sup>. Pode-se observar nos estudos citados anteriormente, que os resultados divergem em alguns estudos. Isso pode ser explicado devido ao fato que as condições encontradas podem estar relacionadas à epidemiologia específica de cada lugar, podendo também estar relacionada ao tipo de seguro pagador da assistência, o Sistema Único de Saúde (SUS) ou seguro de saúde privado. Por exemplo, o SUS não dá suporte aos pacientes que necessitam de ventilação mecânica, no ambiente domiciliar, necessitando terceirizar os serviços que prestam assistência domiciliar particular. Da mesma forma acontece com pacientes que precisam de acompanhamento continuado com profissionais de enfermagem 24 horas. Essa situação pode explicar a menor complexidade nos pacientes do serviço público, podendo explicar a variação no diagnóstico.

Quanto aos desfechos na população estudada, prevalece o óbito como maior motivo de saída do Programa de Assistência Domiciliar, o que pode ser compreendido a partir do perfil clínico, onde prevalecem as condições crônicas, associadas a várias comorbidades e com sequelas, que ocasionam grande dependência e disfuncionalidade para o indivíduo.

Quanto à internação hospitalar, verificou-se resultado semelhante encontrado entre os dois serviços, totalizando 24% dos pacientes tiveram internamento hospitalar, durante o período de acompanhamento domiciliar.

A reospitalização ou reinternação hospitalar constitui importante indicador de qualidade assistencial. É um bom termômetro da resolutividade da assistência extra hospitalar<sup>24</sup>. Sendo assim, acredita-se que 24% seja uma porcentagem pequena, mostrando efetividade dos serviços domiciliares estudados. Porém ainda não foram divulgados parâmetros oficiais, que sejam capazes de indicar o número de reospitalizações esperadas para pacientes assistidos pela atenção domiciliar.

No quesito que se refere à alta do paciente, dos 145 pacientes que receberam alta, 124 eram da instituição pública e apenas 21 pacientes eram das instituições privadas. Isso deve ser explicado pelo fato de que a assistência domiciliar do SUS visa ao atendimento de pacientes com necessidades mais pontuais de assistência, onde se tem uma grande demanda de pacientes que necessitam desse serviço, sendo necessário uma rotatividade grande. Outro fator também importante é o grau de complexidade menor nos pacientes do SUS, tendo condições de alta.

A alta reflete um desfecho positivo da atenção domiciliar, podendo demonstrar a resolutividade do programa, uma vez que muitas vezes para a saída por alta é necessária a melhora da condição clínica averiguada na admissão<sup>20</sup>. Portanto, como a pesquisa foi realizada por meio de prontuário fica difícil compreender o verdadeiro motivo da alta, pois acredita-se que além da melhora clínica, existem outros fatores que interferem na alta domiciliar, entre eles: a necessidade de rotatividade no serviço do SUS, devido à grande demanda; a interferência do plano de saúde; a alta a pedido da família, que muitas vezes não se adapta ao serviço de assistência domiciliar, justificando, dentre outros fatores, a interferência na sua privacidade.

O nível de dependência predominante foi o de “restrito ao leito” ou melhor, acamado total, com 72,5% dos pacientes. Quando avaliamos isoladamente o serviço público e o serviço privado observamos que em ambos, a maioria dos pacientes eram acamados. A grande diferença foi em relação aos pacientes que deambulavam de forma independente, onde 22 pacientes eram do serviço público e apenas quatro eram do serviço privado, fato que pode ser explicado pelo grau de complexidade menor nos pacientes do serviço público.

Já no estudo de Góis<sup>9</sup>, no qual foi verificado que 37,8% dos pacientes atendidos na fisioterapia domiciliar possuíam incapacidade severa com restrição ao leito (acamado total) e 52% deambulavam com dependência de terceiros, e os outros 9,2% eram cadeirantes ou deambulavam de forma independente. Nesse mesmo estudo, os autores verificaram uma associação da idade com o nível de limitação dos pacientes. Essa discrepância de resultados pode ser explicada pelo fato que no estudo de Góis<sup>9</sup> a assistência domiciliar era apenas da fisioterapia,

sendo assim, um público diferente; o percentual de pacientes com doença neurológica foi bem menor do que o encontrado no presente estudo, fato que pode ser justificado pelo nível de melhor mobilidade nesses pacientes, pois as afecções neurológicas são as doenças que mais causam comprometimento motor.

No estudo de Biscione et al.<sup>14</sup>, realizado com 2.934 pacientes incluídos em um programa de atenção domiciliar de Belo Horizonte (MG), verificou-se que o grau de dependência varia de acordo com o grau de complexidade dos pacientes, observando que quanto maior o grau de complexidade, maior o grau de dependência, no qual 53% dos pacientes de alta complexidade, eram dependentes totais. Já no estudo de Bastos et al.<sup>13</sup>, observou-se que a maioria dos pacientes (50%) deambulavam com ajuda, 25% eram acamados, 15% deambulavam de forma independente e apenas 10% eram cadeirantes. A diferença de resultados encontrada entre o estudo de Bastos e o presente estudo, pode mais uma vez ser explicada pelo tipo de assistência (pública ou privada), já que no estudo de Bastos et al.<sup>13</sup>, o serviço é exclusivamente público.

Portanto, o grau de limitação pode variar de acordo com a população estudada, com o tipo de assistência (pública ou privada) e com o grau de complexidade dos pacientes.

No que se refere à via de alimentação, o presente estudo demonstrou que a maior parte dos pacientes se alimentava via oral (64%). Porém quando analisamos os serviços isoladamente, observamos divergência entre os resultados, pois no serviço público 88,3% também se alimentavam via oral e no serviço privado a maioria (52,4%) se alimentavam por via de sondas. Outro achado importante encontrado no presente estudo é que quando se comparou o uso de sondas entre os dois serviços, observou-se que no serviço público a prevalência de SNE ou SNG é maior do que o uso de gastrostomia, diferente do que acontece nos serviços privados, no qual o uso de gastrostomia é maior de que o uso de sondas nasais.

Essa menor utilização de gastrostomia no SUS pode ser devida ao alto custo deste procedimento, se comparado ao acesso via SNE ou SNG e também a dificuldade de se fazer esse procedimento no âmbito do SUS, já que é um procedimento cirúrgico. Esses

fatores possivelmente foram responsáveis pela maior prevalência de utilização da via nasal no serviço público.

No estudo de Biscione et al.<sup>14</sup>, a maior parte dos pacientes também se alimentava via oral. No estudo de Gaspar et al.<sup>25</sup>, no qual avaliou o perfil dos pacientes atendidos pelo PSF no município de São Paulo (SP), apenas 1,2% dos pacientes faziam uso de algum tipo de sonda (gastrostomia ou naso-enteral). Já no estudo de Aguiar<sup>19</sup>, a maioria dos pacientes (52,5%) se alimentava por via de gastrostomia, 42,5% por via oral e 5% por via de SNE. Azank et al.<sup>26</sup>, no qual avaliou os indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de *home care*, 73,3% dos pacientes receberam alimentação via sonda nasoentérica (SNE) e 26,6% via gastrostomia (GT). No estudo de Brondani et al.<sup>20</sup>, 73,7% (n=42) dos pacientes necessitaram de dispositivos (gastrostomia ou sonda nasoenteral) para suplementar ou como via exclusiva de alimentação.

Quanto ao uso de traqueostomia, dos 78 pacientes que são traqueostomizados, 70 são dos serviços privados. O mesmo comportamento ocorre com o uso de oxigênio e ventilação mecânica, no qual a prevalência é bem maior nos serviços privados (*home-care*).

O serviço SAD de Maceió, AL não dá suporte de oxigênio e ventilação mecânica aos pacientes assistidos por esse serviço. Os pacientes com dependência crônica de ventilação mecânica e oxigenioterapia, geralmente ficam internados por tempo prolongado, alguns até o seu óbito, outros conseguem, por via do Estado, entrar na Assistência Domiciliar Privada.

Segundo Lima et al.<sup>27</sup>, no estudo sobre cuidado domiciliar intensivo no SUS, resultados revelaram que os caminhos para se obter um suporte à vida são cercados de obstáculos e que este trajeto percorrido em busca de uma assistência domiciliar pela dinâmica do SUS envolve burocracia, profissionais e equipamentos que, em muitas situações, dificultam o acesso da população.

Ainda com relação aos dispositivos em uso pelos pacientes, no estudo de Brondani et al.<sup>20</sup>, 24,6% faziam uso de traqueostomia. No estudo de Watanabe et al.<sup>28</sup> sobre o perfil dos usuários de oxigenioterapia domiciliar prolongada, observou-se que 62,6% dos

usuários tinham como doença de base a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

No quesito relacionado à presença de úlcera por pressão (UPP), observou-se uma prevalência 24,9% dos pacientes. No estudo de Chayamiti et al.<sup>29</sup>, observou-se uma prevalência de 19,1% dos pacientes com UPP, sendo expressiva a relação entre o aumento da idade e a ocorrência de úlcera. No estudo de Nogueira et al.<sup>30</sup>, realizado com pacientes de um Programa de Assistência Domiciliar, na Espanha, 5% apresentavam úlceras por pressão.

Quanto à assistência multiprofissional, observou-se que médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas, foram os profissionais mais atuantes nessa pesquisa. Todos os pacientes tiveram assistência médica. O fisioterapeuta foi a segunda profissão mais frequente nas visitas domiciliares, 89,2% dos pacientes receberam sessões de fisioterapia.

É importante salientar que a equipe multiprofissional varia de acordo com o tipo de assistência (público ou privada) e com o perfil diferenciado dos pacientes.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, procurou-se evidenciar o perfil epidemiológico dos pacientes em atendimento domiciliar no município de Maceió. Foi possível constatar que a maioria dos pacientes que recebem assistência domiciliar são idosos, acamados, do sexo feminino, com doenças neurológicas, sendo o diagnóstico mais comum o AVE.

Pode-se observar que alguns resultados divergem ao estabelecer comparação entre serviço público e o privado. Por exemplo, no quesito relacionado à via de alimentação, a maioria dos pacientes do serviço público alimentava-se por via oral, diferentemente do serviço privado, onde a maior parte dos pacientes usava sondas para alimentação.

A pesquisa permitiu caracterizar a população no domicílio e conhecer as principais indicações para o serviço de assistência domiciliar, para que se possa comparar com dados de outras localidades e fazer com que haja intervenções específicas e efetivas para melhoria do serviço.

## REFERÊNCIAS

- Martelli D, Silva M, Carneiro J, Bonan P, Rodrigues L, Martelli Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*. 2011;21(1):147-57.
- Benassi V, Leandro J, Medeiros R, Taballi R. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. *J. Health Sci Inst*. 2012;30(4):395-8.
- 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. *Rev HCPA*. 2012;32(3):311-7.
- Simão VM, Mioto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016;40(108):156-69.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 16 jul. 2012; Seção 1.
- Viana S, Alvarenga J, Camargos M, Taciano M, Rafael M. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela Fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim. *Rev APS*. 2013;16(3):278-86.
- Pires M, Duarte E, Gottens L, Figueredo N, Spagnol C. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):648-56.
- Gargano F, Silveira AE, Nesi A, Bulow AR, Rocha DS, Oliveira DM, et al. Internação domiciliar: uma experiência no sul do Brasil. *Rev AMRIGS*. 2004;48(2):90-4.
- Góis ALB. Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas; 2010.
- Del Duca G, Martinez A, Bastos G. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1159-65.

11. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract.* 2016;7(1):55-8.
12. Bruce ML, Mcayay GJ, Raue PJ, BrownEL, Meyers BS, Keohane DJ, et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatr.* 2002;159(8):1367-74.
13. Bastos CC, Lemos ND, Mello AN. Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliária no município de São Paulo. *Rev Kairós.* 2007;10(2):205-24.
14. Biscione FM, Szuster D, Ferreira G, Turci MA, Lima Júnior LF, Drumond E, et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(suppl 1):73-80.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. XII Censo Demográfico IBGE [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 26 de jan. 2016]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
16. Chaimowicz F, Barcelos Em, Madureira MDS, Ribeiro MTF. *Saúde do idoso.* 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG; 2013.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Tábua completa de mortalidade para o Brasil: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil.* Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
18. Fabrício S, Wehbe G, Nassu F, Andrade J. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(5):721-6.
19. Aguiar N. *Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “hocare”, em Salvador [trabalho de conclusão de curso].* Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2014.
20. Brondani MC, Ramos LH, Lampert M, Seiffert MA, Bruinsma JL, Beuter M. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. *Rev Enferm UFSM.* 2013;3(Esp.):689-99.
21. Esquenazi D, Silva S, Guimarães M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Rev HUPE.* 2014;13(2):11-20.
22. Lessa I, Hage E. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.* São Paulo: Hucitec; 2007.
23. Oliveira A, Araujo T, Costa A, Morais H, Silva V, Lopes M. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(5):1143-9.
24. Paz A, Santos B. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(5):538-41.
25. Gaspar J, Oliveira M, Duayer M. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev Esc. Enferm USP.* 2007;41(4):619-28.
26. Azank T, Merhi V, Poliselli C, Oliveira MR. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care”. *ACM Arq. Catarin Med.* 2009;38(4):11-8.
27. Lima T, Vargas D, Ambrosina M. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):658-61.
28. Watanabe CS, Andrade L, Neto M, Santos S, Kawatay L. Oxigenoterapia domiciliar prolongada: perfil dos usuários e custos. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(1):95-101.
29. Chayamiti E, Caliri MH. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):29-34.
30. Nogueira S, Carvalho A, Melo C, Morais E, Chiari B, Gonçalves M. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC.* 2012;15(1):94-104.

Recebido: 13/09/2016

Revisado: 01/03/2017

Aprovado: 12/05/2017