

## Caracterização de pacientes com indicação de atendimento domiciliar no município de Vitória – ES

Characterization of patients with home care indication in the city of Vitória – ES

Caracterización de pacientes con indicación de atención domiciliar en el municipio de Vitória – ES

Recebido: 09/06/2022 | Revisado: 18/06/2022 | Aceito: 22/06/2022 | Publicado: 03/07/2022

### **Renata Moreira Ripari**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4185-063X>  
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil  
E-mail: [remoreirafono@yahoo.com.br](mailto:remoreirafono@yahoo.com.br)

### **Eliane de Fátima Almeida Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>  
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil  
E-mail: [elianelima66@gmail.com](mailto:elianelima66@gmail.com)

### **Leila Massaroni**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7327-887X>  
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil  
E-mail: [leilamassaroni53@gmail.com](mailto:leilamassaroni53@gmail.com)

### **Mara Rejane Barroso Barcelos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7288-9468>  
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil  
E-mail: [mararsb@gmail.com](mailto:mararsb@gmail.com)

### **Cândida Caniçali Primo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5141-2898>  
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil  
E-mail: [candida.primo@ufes.br](mailto:candida.primo@ufes.br)

### **Resumo**

A modalidade de atendimento domiciliar está em expansão no Brasil e no mundo, favorecendo o tratamento de pacientes idosos e com doenças crônicas, que muitas vezes têm dificuldades de locomoção. Em 2011, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa, para estruturação da atenção domiciliar. Objetivo: traçar o perfil dos usuários acamados que necessitam de atendimento domiciliar em um município da região sudeste brasileira. Metodologia: trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória – ES. Realizou-se a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes acamados com indicação de receber assistência domiciliar, por meio dos prontuários eletrônicos. Os dados coletados foram dos anos de 2019 e 2020. Resultados: no período estudado, encontramos 298 pacientes acamados que necessitavam de atendimento domiciliar. A maioria desses pacientes é do sexo feminino, idosos acima de 75 anos, brancos, casados ou em união estável, com risco familiar médio e alto índice de vulnerabilidade clínico-funcional. Conclusão: a partir dos resultados encontrados é possível a elaboração de protocolos e fluxogramas para realizar a implementação do Programa Melhor em Casa no referido município. Caracterizar o perfil dos pacientes acamados que seriam atendidos no programa permite o direcionamento das equipes visando um atendimento de qualidade.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Pacientes domiciliares; Política de saúde.

### **Abstract**

The modality of home care is expanding in Brazil and in the world, favoring the treatment of elderly patients and those with chronic diseases, who often have limited mobility. In 2011, the Federal Government launched the Better at Home Program, for structuring home care. Objective: this research aims to outline the profile of bedridden users who need home care in a municipality in the southeastern region of Brazil. Methodology: this is an exploratory and descriptive research with a quantitative approach. The research was developed in the city of Vitória - ES. The identification of the epidemiological profile of bedridden patients with indication of receiving home care was carried out, through electronic medical records. The data collected were from the years 2019 and 2020. Results: during the study period, we found 298 bedridden patients who needed home care. Most of these patients are female, elderly over 75 years of age, white, married or in a stable relationship, with medium family risk and high clinical-functional vulnerability index. Conclusion: based on the results found, it is possible to develop protocols and flowcharts to implement the Better at Home Program in that municipality. Characterizing the profile of bedridden patients who would be treated in the program allows the direction of the teams aiming at quality care.

**Keywords:** Palliative care; Homebound persons; Health policy.

## Resumen

La modalidad de atención domiciliar se está expandiendo en Brasil y en el mundo, favoreciendo el tratamiento de pacientes ancianos y con enfermedades crónicas, que muchas veces tienen movilidad limitada. En 2011, el Gobierno Federal lanzó el Programa Mejor en Casa, para estructurar la atención domiciliar. Objetivo: delinear el perfil de los usuarios encamados que necesitan atención domiciliar en un municipio de la región sureste de Brasil. Metodología: se trata de una investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cuantitativo. La investigación se desarrolló en la ciudad de Vitória - ES. Se realizó la identificación del perfil epidemiológico de los pacientes encamados con indicación de recibir atención domiciliar, a través de historias clínicas electrónicas. Los datos recopilados fueron de los años 2019 y 2020. Resultados: durante el período de estudio, encontramos 298 pacientes encamados que necesitaban atención domiciliar. La mayoría de estos pacientes son mujeres, mayores de 75 años, caucásicas, casadas o en pareja estable, con riesgo familiar medio y alto índice de vulnerabilidad clínico-funcional. Conclusión: con base en los resultados encontrados, es posible desarrollar protocolos y diagramas de flujo para implementar el Programa Mejor en Casa en ese municipio. Caracterizar el perfil de los pacientes encamados que serían atendidos en el programa permite la dirección de los equipos visando una atención de calidad.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; Personas imposibilitadas; Política de salud.

## 1. Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por mudanças econômicas, políticas e sociais, impactando a saúde da população, que está ficando cada vez mais idosa (Souza et al., 2018; Viacava et al., 2018). Esse envelhecimento da população também tem relação com o aumento dos índices de doenças complexas e onerosas, típicas da população mais idosa. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão cada vez mais frequentes, causando limitações funcionais e incapacidades (Schenker & Costa, 2019). Dessa forma, ações de saúde voltadas aos idosos e portadores de DCNT tornam-se muito relevantes e necessárias para melhorar a qualidade de vida dessa população.

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família e propostas de serviços de atendimento domiciliar e de cuidados paliativos ganham força para atender esses pacientes, uma vez que a locomoção deles pode ser restrita, necessitando de intervenções específicas no ambiente domiciliar. Consideramos assistência domiciliar como a realização de cuidados de saúde em espaços não-tradicionais de saúde, como hospitais e ambulatorios, transferindo esse cuidado para a residência do usuário e na maioria das vezes para seus familiares ou cuidadores informais (Silva, et al., 2017).

Sabe-se que o atendimento domiciliar privilegia a humanização no cuidado em saúde e a autonomia do paciente e seus familiares, além de diminuir o risco de infecções hospitalares, reduzir custos e favorecer a desospitalização precoce, contribuindo para a racionalização da utilização dos leitos hospitalares e melhor gestão dos recursos públicos (Nishimura et al., 2019; Oliveira & Kruse, 2017; Silva *et al.*, 2017; Braga *et al.*, 2016). O atendimento domiciliar também tem muitos desafios para o seu pleno funcionamento: articulação com a rede de atenção à saúde e relacionamento com o cuidador familiar (Procópio, Seixas, Avellar, Silva, & Santos, 2019). A sobrecarga física e emocional de assumir integralmente os cuidados de alguém totalmente dependente para as atividades de vida diária contribui para casos de depressão, ansiedade, fadiga e alterações musculoesqueléticas (Braga *et al.*, 2016).

A expansão do atendimento domiciliar tornou necessária sua regulamentação para ser integrado às políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva et al., 2010). Destaco como marcos no avanço da atenção domiciliar no SUS os seguintes eventos: (i) em 1998, a publicação da Portaria nº 2.416 que estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e os critérios para internação domiciliar no SUS; (ii) em 2002, estabelecimento da Lei nº 10.424 que regulamentou a assistência domiciliar no SUS e (iii) em 2011, através da Portaria nº 2.029, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa, visando oferecer a segurança do atendimento hospitalar no conforto da residência dos pacientes. Com a criação do Programa Melhor em Casa, a atenção domiciliar no SUS foi integrada à rede de atenção à saúde, sendo que a atenção básica é a orientadora do cuidado e da ação territorial (Brasil, 2014).

Apesar do Programa Melhor em Casa ter sido lançado em 2011, poucos municípios brasileiros já têm o programa bem estabelecido e em funcionamento. Na data de publicação da Portaria nº 825, de 2016, não havia nenhuma equipe habilitada para

atendimento domiciliar no estado do Espírito Santo (ES), evidenciando a relevância dessa pesquisa na cidade de Vitória, capital do ES. Em 2020 o Programa Melhor em Casa foi habilitado no município de Vila Velha – ES, possibilitando a oferta de assistência de saúde nos domicílios de forma qualificada e especializada, com um cuidado seguro, de qualidade e humanizado, aos pacientes em cuidados paliativos e contribuindo para a desospitalização precoce (Vila Velha, 2021).

No Plano Municipal de Saúde de Vitória – ES, no período de 2018-2021, uma das metas era a implantação do Programa Melhor em Casa com a habilitação de duas equipes (Vitória, 2021). Dessa forma, vemos que há uma movimentação no município para a implantação do serviço de atendimento domiciliar, porém não foi concluída essa meta no período estipulado.

Em um levantamento realizado em 2013 pelo Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa estava presente em 226 municípios, com 642 equipes de atuação, representando cerca de 42 milhões de brasileiros com uma equipe de Atenção Domiciliar de referência (Brasil, 2014). Seis anos depois, em janeiro de 2019, o Programa Melhor em Casa estava funcionando em 412 municípios, com 1100 equipes de atuação, com abrangência potencial de aproximadamente 28% da população brasileira (Santos *et al.*, 2020). Podemos notar que o programa está em pleno crescimento e disseminação por todo o país. Procópio *et al.* (2019) trazem à reflexão que apesar dos avanços na legislação que regulamenta a atenção domiciliar, a oferta desses atendimentos está muito aquém das necessidades dos usuários, uma vez que não fez parte do projeto original do SUS, sendo uma modalidade complementar de atenção à saúde.

Pesquisas que caracterizam o perfil socioeconômico e clínico de pacientes atendidos em programas do SUS são relevantes para a comunidade acadêmica e para os serviços de saúde, podendo subsidiar melhorias na qualidade do cuidado oferecido aos participantes desses programas. Também é importante para os profissionais que atuam nesses programas, para terem um maior conhecimento sobre os usuários que atendem, suas principais enfermidades e necessidades. No caso do Programa Melhor em Casa, permite um melhor dimensionamento da equipe multiprofissional indicada para aquela cidade, além de direcionar os equipamentos e medicações que irão auxiliar no tratamento, sempre visando a melhor assistência aos pacientes (Silva *et al.*, 2018).

Diversos estudos foram realizados sobre a implantação e características do Programa Melhor em Casa em diferentes localidades no Brasil. Conhecer as experiências vivenciadas em serviços de todo o país é uma forma de buscar aperfeiçoar o programa e refletir sobre como ele pode ser iniciado em outros municípios que ainda não tem a assistência domiciliar. Essa pesquisa teve como objetivo traçar o perfil dos pacientes acamados que necessitam de assistência domiciliar no município de Vitória – ES.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa (Gil, 2017). Foram incluídos nessa pesquisa todos os prontuários dos pacientes atendidos nos anos de 2019 e 2020 nas unidades de saúde e/ou no Centro de Referência do Idoso (CRAI), no município de Vitória – ES. A pesquisa desses prontuários foi realizada através das evoluções dos profissionais que preencheram o CID10 dos pacientes. Selecionamos algumas doenças que costumeiramente necessitam de atendimento domiciliar. Foram elas: CID10 C80 – Neoplasia maligna, sem especificação de localização; CID10 G30 – Doença de Alzheimer; CID10 G12 – Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas; CID10 G80 – Paralisia cerebral; CID10 I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares; CID10 L89 – Úlcera de decúbito e CID 10 Z74 – Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde. Dessa forma, foram incluídos nessa pesquisa todos os prontuários com esses CID 10 e foram excluídos dessa pesquisa os prontuários encontrados que não eram de pacientes residentes no município. Do total de pacientes foram selecionados 298 pacientes acamados, elegíveis para a assistência domiciliar.

A coleta de dados foi realizada no banco de dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória. Foi realizada a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes selecionados para a pesquisa. Por meio dos prontuários

eletrônicos para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos desses pacientes, foram coletadas as seguintes variáveis: idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de instrução; grau de risco da família; diagnósticos médicos; índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF – 20); via de respiração; via de alimentação; suporte de oxigênio suplementar; presença de lesão por pressão (LPP), local da lesão; região de saúde da residência; se possui cuidador (familiar ou não) e se o paciente é domiciliado/acamado. Os dados coletados foram organizados e analisados pela técnica estatística descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o auxílio do software Microsoft Excel.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória – ES, após submissão do projeto à Prefeitura Municipal e posterior autorização e anuência. Posteriormente também foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), sob o número do CAAE 45418621.7.0000.5060 e aprovação com parecer nº 4.844.028. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao CEP, uma vez que a pesquisa é de caráter retrospectivo, com levantamento de dados dos prontuários eletrônicos. O CEP aprovou a dispensa do TCLE.

### 3. Resultados e Discussão

Foram analisados 757 prontuários durante o período estudado. No quadro a seguir (Tabela 1), podemos analisar a distribuição do total de pacientes por CID10.

**Tabela 1** – Distribuição das patologias de acordo com a Classificação Internacional de Doença no período de 2019 a 2020. Vitória-ES, 2022.

CID10	N=757	%
G30 - Doença de Alzheimer	343	45
I69 - Sequela de doenças cerebrovasculares	309	41
L89 - Úlcera de decúbito	66	9
G80 - Paralisia cerebral	27	4
Z74 - Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde	7	1
G12 - Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	3	0
C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização	2	0

Fonte: Autoras (2022).

Visualizamos que quase metade dos pacientes possuem diagnóstico de Alzheimer (45%) e que as sequelas de doenças cerebrovasculares (41%) foram o segundo CID10 com maior incidência. Esses dados vão de encontro com um estudo realizado no município de Sobral – Ceará sobre os usuários do Programa Melhor em Casa (Silva et al., 2018). Doenças crônicas e incapacitantes são os principais diagnósticos de pacientes que tem indicação do atendimento domiciliar, devido à limitação de locomoção desses pacientes.

A pesquisa foi realizada no final do ano de 2021. Por tratar-se, em sua maioria, de pacientes idosos e com doenças crônicas, dos 757 prontuários levantados, 118 pacientes haviam ido a óbito em algum momento no intervalo de 2019-2021. Sendo assim, excluindo os pacientes falecidos, encontramos 639 pacientes. Em relação ao paciente estar domiciliado/acamado ou não, dos 639 pacientes avaliados, apenas 298 estão restritos ao domicílio, sendo candidatos ao atendimento domiciliar. Como o objetivo dessa pesquisa é identificar o perfil dos pacientes acamados que necessitam de assistência domiciliar, consideramos esses 298 pacientes acamados/restritos ao domicílio para caracterização do perfil epidemiológico. Na Tabela 2, podemos visualizar os dados sociodemográficos dos pacientes.

**Tabela 2** – Características sociodemográficas dos pacientes com indicação de participar do Programa Melhor em Casa. Vitória-ES, 2022.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N=298</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	194	65
Masculino	104	35
<b>Faixa etária (anos)</b>		
Acima de 90	51	17
75-89	158	53
60-74	60	20
45-59	14	5
19-44	9	3
13-18	5	2
0-12	1	0
<b>Raça/cor</b>		
Branca	119	41
Parda	72	24
Ignorado	64	21
Preta/negra	43	14
<b>Estado civil</b>		
Ignorado	112	38
Casado/União estável	83	28
Viúvo	61	20
Solteiro	27	9
Divorciado/Separado	15	5
<b>Grau de instrução</b>		
Ignorado	130	45
Ensino Fundamental Incompleto	46	15
Analfabeto	45	15
Ensino Médio Completo	34	11
Ensino Fundamental Completo	30	10
Ensino Superior Completo	12	4
Ensino Médio Incompleto	1	0
<b>Grau de risco da família</b>		
Risco alto	64	21
Risco médio	141	47
Risco baixo	4	2
Ignorado	89	30
<b>Região de Saúde em Vitória - ES</b>		
Maruípe	88	29
Forte São João	79	26
Continental	53	18
Santo Antônio	33	11
São Pedro	28	10
Centro	17	6

Fonte: Autoras (2022).

Entre os 298 pacientes, destaca-se o sexo feminino (n=194; 65%), raça branca (n=119; 41%), casados ou em união estável (n=83; 28%) e idosos (n=269; 90%). Na faixa etária, a maior frequência foi entre 75-89 anos (n=158; 53%). Sobre o grau de instrução, 15% (n=45) dos pacientes são analfabetos, enquanto apenas 4% (n=12) concluíram o Ensino Superior. Conhecer o grau de instrução dos pacientes é muito importante para adequarmos as orientações de acordo com o conhecimento/entendimento de cada um. O grau de risco das famílias permite uma avaliação do contexto social, econômico e familiar, pois é calculado a partir de dados socioeconômicos (renda familiar *per capita*, grau de instrução do chefe da família e abastecimento de água) e clínicos (número de pessoas da família com uma ou mais patologias ou doenças crônicas). Verificou-se que 68% (n=205) dos pacientes possuem risco médio ou alto. As condições precárias de vida devem ser alvo de atenção das equipes de saúde pois são fatores de risco para diversas enfermidades, necessitando de intervenções prioritárias, além de influenciar no acesso da população aos serviços de saúde (Silva et al., 2014).

É possível notar a falta do preenchimento de informações básicas sobre os pacientes. Em 21% (n=64) de prontuários não constavam a informação sobre raça/cor, 30% (n=89) não apresentam o grau de risco da família, enquanto 38% (n=112) dos prontuários não constam o estado civil dos pacientes e em 45% (n= 130) dos prontuários não temos o grau de instrução. Historicamente, no Brasil, a literatura evidencia baixa qualidade no registro dos prontuários. Vasconcellos et al. (2008) destacam a importância dos registros nos prontuários, inclusive como sendo um critério de qualidade do serviço de saúde. Esses autores realizaram uma avaliação do preenchimento dos prontuários da atenção básica no Rio de Janeiro e constataram que dados sociais como situação familiar, escolaridade e ocupação, tinham baixos percentuais de preenchimento, sendo classificados como um registro muito ruim. Dessa forma, faz-se necessário o incentivo ao preenchimento completo dos dados sociodemográficos e clínicos como forma de organização do serviço e visando uma adequada atenção à saúde dos usuários.

Para viabilizar o atendimento domiciliar desses pacientes é necessário localizá-los no município de Vitória – ES. Contabilizamos quantos pacientes domiciliados estão localizados em cada região de saúde de Vitória. A partir dos dados disponíveis na Tabela 2, verifica-se que as duas regiões com maior demanda de atendimentos domiciliares são Maruípe (n=88; 29%) e Forte São João (n=79; 26%). Esse dado contribui para que os gestores municipais de saúde possam organizar as equipes para o atendimento desse grupo populacional.

Foram coletados os diagnósticos médicos a partir da análise dos prontuários. Apenas dez pacientes (3%) não tinham comorbidades. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi o que mais apareceu, em 222 pacientes (75%). Sabe-se que a HAS é fator de risco para acidentes vasculares cerebrais, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal, entre outras doenças (Rodrigues et al., 2017). Dos 222 pacientes com diagnóstico de HAS, 46% (n= 103) possuíam o CID10 de sequelas de doenças cerebrovasculares, evidenciando a necessidade de intervenção precoce com pacientes hipertensos.

Conforme vimos na Tabela 2, 269 pacientes são idosos (acima de 60 anos). O Índice de Vulnerabilidade Clínico – Funcional – 20 (IVCF – 20) é um instrumento de triagem rápida de vulnerabilidade em idosos e quanto mais alto seu valor, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. O IVCF – 20 consiste em um questionário que avalia aspectos multidimensionais da saúde do idoso, tendo 20 questões divididas em oito sessões: idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Cada seção tem uma pontuação diferente, sendo o valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (Tomaz et al., 2021; Moraes *et al.*, 2016). Na Tabela 3 temos a distribuição do IVCF – 20 dos prontuários analisados.

**Tabela 3** – Distribuição dos idosos pelo IVCF – 20. Vitória-ES, 2022.

<b>IVCF - 20</b>	<b>N=269</b>	<b>%</b>
Alto (15 pontos ou mais)	157	58
Moderado (7-14 pontos)	12	5
Baixo (0-6 pontos)	2	1
Ignorado	98	36

Fonte: Autoras (2022).

A maioria dos idosos (n=157; 58%) tem um alto índice de vulnerabilidade, informação que vai de encontro ao perfil desses pacientes: acamados, com doenças crônicas, necessitando de cuidados constantes. O processo de envelhecimento envolve aumento de doenças crônicas degenerativas e de alterações funcionais fisiológicas como diminuição da força muscular, perda de massa óssea, alterações de equilíbrio, modificações na marcha e na postura, podendo resultar em incapacidades funcionais, tornando o idoso dependente para as atividades de vida diárias (Tomaz *et al.*, 2021).

Dessa forma, o aumento da expectativa de vida no mundo todo nos faz refletir sobre as condições que a população tem envelhecido. Fatores como sexo, idade, escolaridade, etnia, capacidade física, doenças, renda, qualidade do sono, alimentação, atividades físicas, hábitos, aspectos psicossociais, convívio social e autonomia influenciam diretamente na qualidade de vida dos idosos (Ferreira *et al.*, 2018). Compete às equipes de saúde uma atenção às particularidades do idoso, mudando conceitos enraizados e utilizando novas tecnologias, visando a equidade na distribuição dos serviços para esse grupo populacional, uma vez que é o que mais cresce no Brasil. São necessárias práticas cuidadoras, resolutivas e qualificadas, partindo das especificidades locais e das necessidades dos idosos para implementar ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos agravos (Wanderley *et al.*, 2019). Na Tabela 4 visualizamos as principais características clínicas de todos os pacientes acamados.

**Tabela 4** – Características clínicas dos pacientes com indicação de participar do Programa Melhor em Casa. Vitória-ES, 2022.

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>N=298</b>	<b>%</b>
<b>Uso de traqueostomia</b>		
Não	294	99
Sim	4	1
<b>Via de alimentação</b>		
Via oral	261	88
Gastrostomia	28	9
SNE	9	3
<b>Suporte de oxigênio</b>		
Ar ambiente	292	98
Oxigenoterapia	6	2
<b>Presença de LPP</b>		
Não	225	76
Sim	73	24
<b>Local de LPP</b>		
Sacral	45	62
Calcâneos	25	34
Outros	19	26
Trocanteres	17	23
Ignorado	3	4

Fonte: Autoras (2022).



Apenas quatro pacientes (1%) estavam em uso de traqueostomia. Sobre a via de alimentação, a grande maioria (n=261; 88%) mantinham alimentação por via oral. Sendo assim, 12% (n=37) dos pacientes utilizam via alternativa de alimentação: 9% (n=28) utilizavam gastrostomia e 3% (n=9) utilizam alimentação por sonda naso-enteral (SNE). Analisando a necessidade de suporte de oxigênio suplementar, apenas seis pacientes (2%) faziam uso de oxigenoterapia, sendo que um deles utilizava ventilação mecânica (BIPAP) de forma contínua. As variáveis de presença de lesão por pressão e local da lesão por pressão foram coletadas a partir do relato dos profissionais que atenderam esses pacientes. Encontrou-se que 73 pacientes (24%) apresentaram lesão por pressão em algum momento no período estudado. A maioria dos pacientes apresenta mais de uma lesão por pressão (LPP). Os principais locais das lesões por pressão foram: sacral (n=45; 62%) e calcâneos (n=25; 34%), conforme os dados da Tabela 4. Essas informações clínicas são relevantes para compreender melhor o quadro de cada paciente e para indicação de atendimentos multiprofissionais necessários em cada caso.

Por fim, a última variável coletada diz respeito ao cuidador do paciente domiciliado – se é um familiar ou não. Para 219 pacientes (73%), o cuidado é realizado por algum familiar. Destaco que no prontuário de um paciente não foi possível identificar se havia ou não um cuidador (familiar ou não). Apesar de pouca formação específica, os cuidadores familiares desempenham um importante papel ao realizarem os cuidados complexos que um paciente acamado, em situação de doença avançada, precisa. Os cuidados envolvem avaliação e gestão dos sintomas, cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e curativos, se necessário (Delalibera et al., 2018). Sabe-se da sobrecarga física e emocional que os cuidadores, especialmente os familiares, enfrentam no cuidado dos pacientes, e da necessidade de intervenção para minorar o sofrimento dos cuidadores. Estratégias terapêuticas, farmacológicas, psicoterapias, atividades educativas, informativas e didáticas são formas de acompanhar os cuidadores de forma longitudinal e sistemática (Dadalto & Cavalcante, 2021). Essas intervenções terão reflexos no cuidado prestado aos pacientes domiciliares.

#### 4. Considerações Finais

Esta é a primeira pesquisa sobre essa temática no município estudado. A partir dos resultados encontrados, foi possível ampliar o conhecimento sobre a população acamada que necessita de atendimento domiciliar no município de Vitória – ES. Os dados inéditos encontrados permitem subsidiar o planejamento e implementação do Programa Melhor em Casa, que é uma política pública, no referido município, favorecendo uma melhoria no acesso aos serviços de saúde da população com dificuldades de locomoção, causando impacto positivo na vida dos indivíduos e de seus familiares/cuidadores.

Recomenda-se o treinamento dos profissionais de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde, pela proximidade com os pacientes e suas famílias, para o preenchimento completo dos dados sociodemográficos nos prontuários dos pacientes.

Sugere-se a realização de estudos futuros para a organização do Programa Melhor em Casa, com a elaboração de fluxogramas e protocolos, complementando essa pesquisa.

#### Referências

- Braga, P. P., Sena, R. R. D., Seixas, C. T., Castro, E. A. B. D., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 903-912.
- Brasil. (2014). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 2002.
- Brasil. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 1998.



- Brasil. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial, Brasília, 2011.
- Brasil. 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. Diário Oficial, Brasília, 2016.
- Dadalto, E. V., & Cavalcante, F. G. (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 147-157.
- Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1105-1117.
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(5), 639-651.
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (6a ed.), Atlas.
- Moraes, E. N. D., Carmo, J. A. D., Moraes, F. L. D., Azevedo, R. S., Machado, C. J., & Montilla, D. E. R. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública*, 50(81).
- Nishimura, F., Carrara, A. F., & Freitas, C. E. D. (2019). Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Rev. Saúde Pública*, 53(104).
- Oliveira, S. G., & Kruse, M. H. L. (2017). Melhor em casa: dispositivo de segurança. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1).
- Procópio, L. C. R., Seixas, C. T., Avellar, R. S., Silva, K. L. D., & Santos, M. L. D. M. D. (2019) A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate*, 43(101), 592-604.
- Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F., & Galvão, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev. Med*, 96(3), 187-192.
- Santos, S. L. D., Rodrigues, M. I., Nascimento, A. B. D. D., Rocha, L. R., Fonseca, S. D. S. S., & Camelo, A. M. (2020). Conhecendo o funcionamento e atuação da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa no município de Cristiano Castro – Piauí, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(7).
- Schenker, M., & Costa, D. H. D. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369-1380.
- Silva, C. K. A., Freitas, C. A. S. L., & Goyanna, N. F. (2018). Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral – Ceará. *Essentia*, 19(2), 23-33.
- Silva, K. L., Sena, R. R. D., Seixas, C. T., Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2010). Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, 44(1), 166-176.
- Silva, K. L., Silva, Y. C., Lage, É. G., Paiva, P. A., & Dias, O. V. (2017). Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, 22(4).
- Silva, S. A., Almeida, V. L., Oliveira, F., & Franco, T. L. B. (2014). Classificação do grau de risco de famílias na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*, 17(1), 111-115.
- Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1737-1750.
- Tomaz, A. C. D. S., Silva, G., Fabiano, L. C., Fernandes, S., & Tos, D. D. (2021). Análise do risco de quedas em idosos submetidos à avaliação da mobilidade, equilíbrio e marcha. *Arquivos do Mudi*, 25(3), 10-24.
- Vasconcellos, M. M., Gribel, E. B., & Moraes, I. H. S. D. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, (24, Sup. 1), 173-182.
- Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751-1762.
- Vila Velha. (2021). *Relatório de Gestão 2020*. [https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/Relatorio%20Anual%20de%20Gestao%202020\\_%20Fundo%20Municipal%20de%20Saude.pdf](https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/Relatorio%20Anual%20de%20Gestao%202020_%20Fundo%20Municipal%20de%20Saude.pdf)
- Vitória. (2021). *Plano Municipal de Saúde (período 2018-2021)*. <https://www.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=3244>
- Wanderley, R. M. M., Cunha, D. G. P. D., Felisberto, A. M., S., Oliveira, B. R. S. D., Bittencourt, G. K. G. D., Amaral, A. K. D. F. J. D., & Silva, A. O. (2019). Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Rev. Enferm UFPE online*, 13(1), 472-482.