

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JACKELINE GOMES BORGES

**FATORES ASSOCIADOS À REOSPITALIZAÇÃO EM IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM PROGRAMA DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

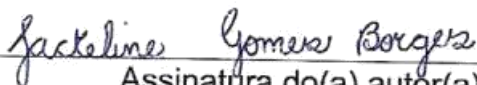
Nome completo do autor: JACKELINE GOMES BORGES

Título do trabalho: FATORES ASSOCIADOS À REOSPITALIZAÇÃO EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

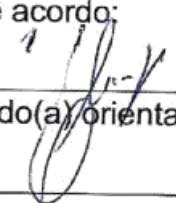
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 19 / 06 / 18

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

JACKELINE GOMES BORGES

**FATORES ASSOCIADOS À REOSPITALIZAÇÃO EM IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM PROGRAMA DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Orientador: Professor Elias Rassi Neto

Co-orientadora: Dra. Edna Regina Silva Pereira

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Gomes Borges, Jackeline

FATORES ASSOCIADOS À REOSPITALIZAÇÃO EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR [manuscrito] / Jackeline Gomes Borges. - 2018.

75 f.: il.

Orientador: Profa. Elias Rassi Neto; co-orientador Dr. Edna Regina Silva Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, lista de tabelas.


1. Idoso. 2. assistência domiciliar. 3. Doenças crônicas. 4. comorbidade. 5. hospitalização. I. Rassi Neto, Elias, orient. II. Título.

CDU 614

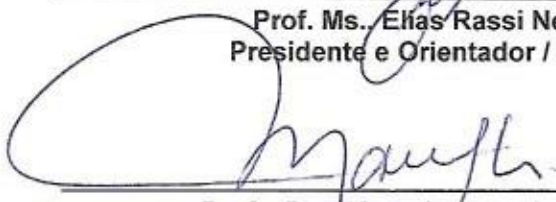


**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

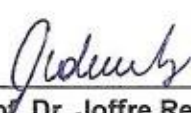
Aos 29 dias do mês de maio de 2018, às 08h30, na sala 403 do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Ms. Elias Rassi Neto (Presidente da Banca e Orientador), Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno) e Dr. Joffre Rezende Filho (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Fatores Associados a Reospitalização em Idosos com Doenças Crônicas Acompanhados em Programa de Atenção Domiciliar**", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Jackeline Gomes Borges**. A sessão foi aberta pelo orientador Prof. Ms. Elias Rassi Neto, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata APROVADA (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11h00 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Prof. Ms. Elias Rassi Neto
Presidente e Orientador / UFG



Profa. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno



Prof. Dr. Joffre Rezende Filho
Membro Externo

Dedico este trabalho a Deus, que sempre foi o autor da minha vida e do meu destino.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre me conceder sabedoria na escolha dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força e fé para não desistir.

Ao meu querido esposo, Renato Evangelista Rezende, por ser tão importante na minha vida, por todo amor, paciência, compreensão e apoio. Obrigada por me ajudar a realizar este sonho.

Aos meus amados pais, Barsanulfo Euripedes Borges e Maria José Gomes Borges, que me deram toda a estrutura necessária para um caminho de muito estudo, que me ensinaram a lutar, por estarem ao meu lado em todos os momentos. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao meu irmão, Jadson Gomes Borges, pelo carinho e pela proteção.

Aos meus sogros, José Renato e Magda, pelo apoio e incentivo.

Aos pacientes e cuidadores, pelos ensinamentos de vida, pelo carinho, pela resiliência, compaixão, dedicação, confiança e gratidão.

Aos professores de toda a minha formação acadêmica, que me conduziram até onde estou com muita dedicação, sendo exemplo para minha conduta.

Aos meus companheiros de turma do mestrado, pela troca de conhecimentos, risadas, almoços, leituras e trabalhos juntos.

Aos meus colegas do serviço de atenção domiciliar – João, Fernando, Cristhiano, Márcio, Renato, Ananda, Grazielle, Ângela, Alberico, Mislenney, Eveline, Luciene, Rosimeire, Tatiane, Vanessa, Ana Luísa, Paulo, Lorena, Ana Flávia e Weidis –, que dividiram tarefas, conhecimentos, angústias e vitórias.

À Profa. Elisa Franco de Assis Costa, que me inspirou a escolher a área de Geriatria dentro da Medicina e por ter doado conhecimento técnico e afeto durante minha formação.

Em especial, aos meus orientadores, Prof. Elias Rassi Neto e Prof.^a Dr.^a Edna Regina Silva Pereira, pelo empenho no meu aprendizado, dividindo conhecimento e contribuindo para meu crescimento. Obrigada por me guiarem com carinho e empenho.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Martin Luther King)

BORGES, J. G. **Fatores associados à reospitalização em idosos com doenças crônicas acompanhados em programa de atenção domiciliar.** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES). Goiânia; 2018.

RESUMO

Introdução: Devido ao crescimento da população idosa no Brasil a carga de doenças crônicas e a incapacidade funcional tende a aumentar, assim como o número de pessoas que necessitam de cuidados de longa duração. A atenção domiciliar é modalidade de atenção à saúde que complementa os cuidados realizados na atenção básica e nos serviços hospitalares, promovendo a humanização e a qualidade de vida, auxiliando na desospitalização e otimizando os recursos de saúde. É importante conhecer o perfil dos idosos atendidos por esta modalidade para obter informações que auxiliarão na execução de políticas públicas para a melhoria dos cuidados domiciliares. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico de idosos com doenças crônicas, atendidos em um programa de atenção domiciliar, e fatores associados à reospitalização. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado em idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar de um Centro de Reabilitação de Goiás no período de março de 2014 a janeiro de 2017. Coleta de dados por meio de estudo de prontuários eletrônicos. Análise de dados foi realizada pelo programa estatístico Stata, versão 14.0 com análise descritiva, bivariada e múltipla para verificar a associação entre as variáveis independentes e as dependentes. **Resultados:** Total de 109 idosos com tempo médio de seguimento de 5,4 ($\pm 3,7$) meses, sendo 51,4 % do sexo feminino, 46,8% com estado civil casado e 42,2% com escolaridade ignorada. A média de idade foi 75,9 anos ($\pm 9,6$), e aqueles com > 80 anos corresponderam a 36,7%. Dentre as doenças crônicas que levaram à incapacidade funcional a mais frequente foi sequela de acidente vascular encefálico, com 56,9%. A comorbidade esteve presente em 87,2% dos pacientes, 54,1% apresentavam algum dispositivo auxiliar (traqueostomia, gastrostomia, oxigênio, ventilação mecânica) e 48,6% apresentaram algum tipo de infecção. As reospitalizações foram mais prevalentes nos pacientes portadores de dispositivos auxiliares, comorbidades e infecções. Dos idosos, 31,2% evoluíram para óbito no período de acompanhamento. Os fatores relacionados à reospitalização estatisticamente significantes foram: doença neuro-muscular, doença pulmonar obstrutiva crônica e presença de traqueostomia. **Conclusão:** Há um percentual relevante de idosos com mais de 80 anos. A principal doença crônica foi acidente vascular encefálico. A prevalência de pacientes com comorbidades, dispositivos auxiliares e intercorrências infecciosas foi elevada. Como os fatores estatisticamente significantes relacionados à reospitalizações estão associados a problemas respiratórios (doença neuro-muscular, doença pulmonar obstrutiva crônica e presença de traqueostomia) propõe-se o aumento da frequência de atendimento fonoaudiólogo, de fisioterapia respiratória e atendimento odontológico.

Palavras-chave: idoso; assistência domiciliar; doença crônica; comorbidade; hospitalização.

BORGES, J. G. **Factors associated with rehospitalization in the elderly with chronic diseases accompanied by a home care program.** [Dissertation] Goiânia (GO): Graduate Program in Collective Health of the Federal University of Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES). Goiânia; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Due to the growth of the elderly population in Brazil, the burden of chronic diseases and functional disability tend to increase, as well as the number of people who need long-term care. Home care is a health care modality that complements the care provided in basic care and in hospital services, promoting humanization and quality of life, assisting in dehospitalization and optimizing health resources. It is important to know the profile of the elderly served by this modality to obtain information that will help in the execution of public policies for the improvement of the home care. **Objective:** To describe the clinical-epidemiological profile of elderly people with chronic diseases, assisted in a home care program, and factors associated with rehospitalization. **Methodology:** An observational, analytical and cross-sectional study carried out in the elderly accompanied by the home care service of a Rehabilitation Center of Goiás from March 2014 to January 2017. Data collection through electronic medical records study. Data analysis was performed by the statistical program Stata, version 14.0 with descriptive, bivariate and multiple analysis to verify the association between independent and dependent variables. **Results:** A total of 109 elderly people with mean follow-up time of 5.4 (\pm 3.7) months, 51.4% female, 46.8% married and 42.2% with no schooling. The mean age was 75.9 years (\pm 9.6), and those with > 80 years corresponded to 36.7%. Among the chronic diseases that led to functional disability, the most frequent sequelae was cerebrovascular accident, with 56.9%. Comorbidity was present in 87.2% of patients, 54.1% had some auxiliary device (tracheostomy, gastrostomy, oxygen, mechanical ventilation) and 48.6% presented some type of infection. Rehospitalization were more prevalent in patients with ancillary devices, comorbidities and infections. Of the elderly, 31.2% evolved to death in the follow-up period. The factors related to statistically significant rehospitalization were: neuro-muscular disease, chronic obstructive pulmonary disease and the presence of tracheostomy. **Conclusion:** There is a relevant percentage of elderly people over 80 years old. The main chronic disease was stroke. The prevalence of patients with comorbidities, ancillary devices and infectious intercurrents was high. As the statistically significant factors related to rehospitalization are associated with respiratory problems (neuro-muscular disease, chronic obstructive pulmonary disease and the presence of tracheostomy), it is proposed to increase the frequency of speech therapy, respiratory physiotherapy and dental care.

Keywords: elderly; home care; chronic illness; comorbidities; hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AD	Atenção Domiciliar
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
ANTADIR	<i>Association Nationale pour les Traitements à Domicile, les Innovations et la Recherche</i>
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DNM	Doença Neuromuscular
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HA	Hipertensão Arterial
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de longa permanência
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
Samdu	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TCE	Traumatismo crânio encefálico

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Desenho do estudo	36
Figura 2 -	Presença de dispositivo auxiliar em 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017.....	41
Gráfico 1-	Desfecho dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica de 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	39
Tabela 2 –	Doenças crônicas que levaram à perda de funcionalidade e comorbidades nos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	40
Tabela 3 –	Distribuição da amostra quanto ao número e tipo de cuidador dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	42
Tabela 4 –	Distribuição quanto à infecção e à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	42
Tabela 5A –	Análise bivariada dos fatores sociodemográficos associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	43
Tabela 5B –	Análise bivariada dos fatores sociodemográficos associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	44
Tabela 6 –	Análise bivariada das doenças crônicas associadas à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	44
Tabela 7 –	Análise bivariada das comorbidades associadas à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	45
Tabela 8 –	Análise bivariada dos dispositivos auxiliares, lesão por pressão, infecção e número de cuidadores associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017	46
Tabela 9 –	Fatores associados à reospitalização obtidos em análise de regressão múltipla de Poisson	47

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 OBJETIVOS	20
3.1 Geral	20
3.2 Específico	20
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
4.1 Envelhecimento Populacional	21
4.2 Doenças Crônicas e Incapacidade Funcional	23
4.3 Políticas públicas para a população idoso no Brasil	25
4.4 Assistência Domiciliar, desospitalização e reospitalização	28
5 METODOLOGIA	33
5.1 Tipo de Estudo	33
5.2 Local do Estudo	33
5.3 População e Amostragem	35
5.4 Critérios de Elegibilidade	35
5.4.1 Critérios de inclusão	35
5.4.2 Critérios de exclusão	35
5.5 Coleta de Dados	35
5.6 Variáveis do Estudo	37
5.7 Análise Estatística	38
5.8 Aspectos Éticos	38
6 RESULTADOS	39
7 DISCUSSÃO	48
8 CONCLUSÃO	56
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO (s)	65
APÊNDICE (s)	70

1 APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Medicina pela Universidade Federal de Goiás em 2006, cursei residência em clínica médica no Hospital Regional da Asa Norte, localizado em Brasília, no período de 2008 a 2010, e, posteriormente, residência em Geriatria, no Hospital de Urgências de Goiânia, no período de 2010 a 2012.

Trabalhava há dois anos no ambulatório de geriatria do Hospital Dia do Idoso, localizado em Anápolis, e nesse mesmo período na enfermagem de clínica médica do Centro Referência em Reabilitação, em Goiânia, quando me foi feita, em 2014, a proposta de ajudar esse Centro a organizar o Programa de Atenção Domiciliar, com o objetivo de auxiliar na desospitalização e prevenir rehospitalizações.

Naquele momento, contribuir para a implantação de um serviço de atenção domiciliar foi um grande desafio devido à minha inexperiência profissional nessa área de atuação. Representou, então, um período de profundo crescimento pessoal e profissional.

O programa completou quatro anos em março de 2018 e, durante esse tempo, a equipe multiprofissional tem obtido bons resultados na atenção à saúde de indivíduos com doenças crônicas, primando pela qualidade e pela promoção de princípios como integralidade, acesso e equidade em saúde.

A experiência tem me mostrado como a assistência no domicílio pode ser ao mesmo tempo tão complexa e tão resolutive, pois, ao adentrar no lar do indivíduo, o profissional de saúde pode desenvolver suas ações e interagir com a família de maneira mais completa, focando não apenas nas doenças, mas em toda a estrutura, tais como questões sociais, religiosas, econômicas, de higiene, segurança e nível de escolaridade. Tem sido enriquecedora a relação com o indivíduo e a família e isso exige dedicação, estudo constante, resiliência e diversas competências profissionais.

Ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com o intuito de pesquisar o perfil de idosos atendidos pelo programa e os fatores relacionados às rehospitalizações, esperando contribuir, assim, para a melhoria da qualidade desse serviço e para outros disponibilizados na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde.

Desejo que o Brasil, seguindo o exemplo de países desenvolvidos, tenha maiores investimentos em políticas públicas e pesquisas visando o fortalecimento e consolidação dessa modalidade de atenção à saúde, especialmente para os idosos, cuja população vem crescendo celeremente.

2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define idoso a partir do nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade e, nos países desenvolvidos, aquele com 65 anos ou mais (WHO, 2002^a). No Brasil, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos (CAMARANO; KANSO, 2011).

Ao longo dos anos, o Brasil vem passando pelos processos de transição demográfica e transição epidemiológica. O primeiro caracteriza-se pela redução da mortalidade e natalidade e pelo aumento da expectativa de vida; o segundo pela substituição das doenças transmissíveis por não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004).

Como consequência, o número de idosos tem aumentado significativamente na população brasileira e isso tem sido o resultado de políticas econômicas e sociais que resultaram em uma melhoria generalizada das condições de vida e de saúde. Embora de forma desigual, há maior acesso a serviços médicos preventivos e curativos e à tecnologia médica avançada, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) importante participação. Concomitantemente, há mais acesso a água encanada, esgoto, saneamento e escolaridade (CAMARANO; KANSO, 2011).

Em 1940, os idosos representavam 4,9% da população total e, em virtude do crescimento anual de 3,4%, comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 eles já eram 19,6 milhões e representavam aproximadamente 11% da população. Com a contínua redução da mortalidade, espera-se que nos próximos 40 anos esse grupo cresça a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada aos 0,3% da população total. Estima-se que haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total. No Brasil, notou-se um crescimento mais acentuado da população muito idosa, ou seja, com 80 anos ou mais, esperando-se que atinjam 13,7 milhões em 2040. Esse fenômeno da longevidade cada vez mais significativo requer atenção especial não

só do Estado, como da sociedade e, principalmente, das famílias (CAMARANO; KANSO, 2011).

Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é necessária em todo o mundo. O relatório mundial de envelhecimento e saúde publicado em 2015 pela OMS demonstra que a resposta social ao envelhecimento da população necessitará de uma transformação dos sistemas de saúde com a prestação de cuidados integrais e centrados em idosos. Exigirá o desenvolvimento de sistemas amplos de cuidados de longa duração e uma resposta coordenada de diversos setores e níveis de governo. Deverá ser construído com uma mudança fundamental em nossa compreensão sobre o envelhecimento observando a diversidade das populações idosas e atuando nas desigualdades que muitas vezes estão subjacentes. Será necessário recorrer a melhores formas de medir e monitorar a saúde e o funcionamento das populações idosas (WHO, 2015).

Em 2017 a OMS publicou a estratégia global e plano de ação sobre o envelhecimento e a saúde fundamentada nas evidências do relatório mundial e nas atividades existentes para abordar áreas de ação prioritárias. Essa estratégia almeja um mundo em que todos possam ter uma vida longa e saudável, com capacidade funcional promovida em todo o curso da vida e onde os idosos experimentam direitos e oportunidades iguais e possam ser livres de discriminação (WHO, 2017).

Os objetivos dessa estratégia global são: compromisso com a ação sobre o envelhecimento saudável em todos os países; desenvolver ambientes amigáveis aos idosos; alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades das populações mais velhas; desenvolver sistemas sustentáveis e equitativos para fornecer serviços de cuidados de longa duração; melhorar a mensuração, monitoramento e pesquisa sobre o envelhecimento saudável (WHO, 2017).

Todo país precisa ter um sistema amplo para cuidados de longa duração que possam ser prestados em domicílio ou nas instituições levando em consideração suas implicações econômicas e culturais. Deve basear-se numa parceria entre os idosos, famílias, comunidades, prestadores de cuidados públicos ou privados (WHO, 2017).

No Brasil para atender às demandas do novo perfil epidemiológico há a necessidade de estruturar os serviços e programas de saúde. Os idosos utilizam os serviços

hospitalares de maneira mais intensa que os outros grupos etários, o que ocasiona mais gastos, tratamento de duração prolongada e de recuperação mais lenta e complexa (SILVEIRA, 2013).

Apesar dos avanços obtidos com o SUS, em relação ao acesso a ações e serviços de saúde, e da significativa ampliação da atenção básica através da Estratégia Saúde da Família pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, sendo fragmentado, biologicista e mecanicista, priorizando a assistência a condições agudas e agudizações de condições crônicas (BRASIL, 2012a).

Esse modelo apresenta, então, dificuldades para atender às necessidades de saúde da população brasileira, como, por exemplo, a dificuldade de alta hospitalar ou a transferência para instituições de longa permanência de pacientes crônicos com alta dependência (necessidade de auxílio para atividades básicas de vida diária), mas que já não requerem recursos diagnósticos e terapêuticos de nível terciário (PAZIN-FILHO et al., 2015). Isso resulta em permanência prolongada desses pacientes em leitos hospitalares de internação em nível terciário, gerando sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e elevadas despesas hospitalares (ALENCAR, 2013; PEIXOTO et al., 2004).

A proposta de atenção domiciliar tem contribuído para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, favorecendo a mudança desse modelo hospitalocêntrico no País. No ano de 2011, o Ministério da Saúde (MS) implantou o programa “Melhor em casa”, posteriormente reformulado pela portaria ministerial n. 825, de abril de 2016, redefinindo a atenção domiciliar no âmbito do SUS. É um modelo de assistência que compreende cuidados no domicílio e envolve pacientes, familiares e equipe de saúde, promovendo a humanização, a melhoria da qualidade de vida e a preservação ou a recuperação da saúde. Auxilia na desospitalização, pois proporciona agilidade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; otimiza recursos de saúde, pois disponibiliza

leitos hospitalares (AMARAL et al., 2001; BARROS, 2012; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Para verificar a resolutividade e a eficácia da atenção domiciliar o SUS se utiliza de indicadores próprios, regulamentados pela política de atenção domiciliar, sendo os principais deles a taxa de rehospitalização, a taxa de mortalidade, o tempo de permanência em acompanhamento pela atenção domiciliar, a média de visitas domiciliares por paciente, a taxa de infecção e a taxa de alta (BRASIL, 2013a; SILVA, 2005).

Desse modo, é necessário avaliar os serviços de atenção domiciliar brasileiros para melhor adequar e consolidar essa modalidade de atenção. Além dos indicadores regulamentados, é importante conhecer o perfil das populações idosas atendidas por esses serviços para obter informações que auxiliarão na elaboração e na execução de políticas públicas que possam melhor atender as reais necessidades, auxiliar na aplicação de recursos e contribuir para a melhoria dos cuidados domiciliares e da qualidade de vida dessa população.

Além de conhecer o perfil de pacientes acompanhados por programas de atenção domiciliar, é importante também verificar os fatores associados à rehospitalização. Existem poucos estudos epidemiológicos no Brasil sobre essa associação. Santos et al. (2014), em estudo realizado em Porto Alegre, verificaram que os fatores associados à hospitalização de idosos foram: maior fragilidade, maior número de internações ou consultas médicas nos últimos 12 meses, ser portador de diabetes ou doenças cardiovasculares, pouco suporte social e autopercepção da saúde ruim. O estudo de Alvarenga e Mendes (2003) evidenciou que as readmissões hospitalares entre idosos foram maiores entre o sexo feminino, portadores de doenças do aparelho respiratório e comorbidades.

Em Goiânia, a atenção domiciliar do Hospital referência em reabilitação do Centro-Oeste possui um programa, com início em 2014, que atende pacientes portadores de doenças crônicas e com uma parcela importante de idosos. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional e tem como objetivo principal orientar sobre os cuidados de saúde, que devem ser continuados em domicílio.

Por isso, um estudo sobre o perfil clínico-epidemiológico e fatores associados à rehospitalização dos pacientes idosos desse programa têm grande relevância para o

planejamento contínuo de ações ao modelo de assistência a portadores de doenças crônicas e com dependência funcional grave, bem como no oferecimento de subsídio para a adequação das atividades dos profissionais de saúde. Poderá ser um estímulo para a criação de novas equipes de atenção domiciliar na região e no país, além de permitir articulação com outras equipes de atenção domiciliar e outros pontos da rede de atenção à saúde.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e os fatores associados à reospitalizações em idosos com doenças crônicas, atendidos em um programa de atenção domiciliar.

3.2 Específicos

- Identificar as principais doenças crônicas que levaram à perda da funcionalidade e comorbidades.
- Verificar o número de pacientes com dispositivos auxiliares (traqueostomia, gastrostomia, oxigênio e ventilação mecânica).
- Mensurar a prevalência de pacientes com lesão por pressão.
- Avaliar a prevalência de pacientes com intercorrências infecciosas.
- Verificar a associação entre fatores sociodemográficos, socioeconômicos e clínicos com as reospitalizações.
- Verificar o tempo de permanência dos pacientes idosos no programa e os desfechos (óbito ou alta).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional mundial vem ocorrendo de forma gradativa, decorrente de mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente naqueles relacionados a quedas na fecundidade e na mortalidade, que, juntamente com os avanços tecnológicos e científicos, têm permitido um aumento na expectativa de vida. A parcela de idosos (60 anos ou mais) no mundo atingiu 770 milhões de pessoas em 2010, próximo a 11% da população. Esse número deve chegar a um bilhão em 2020 (aproximadamente 13% da população mundial), dos quais 20% estarão em países em desenvolvimento (UNITED STATES CENSUS BUREAU, 2010).

O Brasil, a partir de 1940, começou a apresentar uma queda significativa nas taxas de mortalidade, enquanto a fecundidade se manteve estável, ocasionando uma população jovem e com altas taxas de crescimento (CHAIMOWICZ, 1997). A fecundidade passou a cair gradativamente a partir do final da década de 1960, principalmente nos grupos populacionais com mais renda e nas áreas urbanas das regiões mais desenvolvidas do País (CARVALHO; WONG, 2008). A taxa de fecundidade total brasileira, expressa pelo número médio de filhos nascidos vivos por mulher em idade fértil, passou de 6,16, em 1940, para 1,90, em 2010, redução equivalente à 69,2% (IBGE, 2010a).

No Brasil, a participação de crianças de 0 a 14 anos na população total sofreu uma redução entre 1980 e 2010 (de 38% para 24,1%), enquanto a dos grupos mais velhos teve um aumento. A população de 65 anos ou mais passou de 3,1%, em 1970, para 7,4%, em 2010, ou seja, mais que dobrou (IBGE, 2010a).

Esse envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma desigual, pois o Brasil apresenta grandes discrepâncias econômicas entre as unidades da Federação. Enquanto os estados da Região Sudeste concentram mais da metade do Produto Interno Bruto (PIB), os dezesseis estados das Regiões Norte e Nordeste, juntos, atingem menos de 20% do PIB nacional. Essas desigualdades manifestam-se em

importantes diferenças regionais demográficos, com as unidades da federação passando por distintas etapas da transição demográfica (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

As Regiões Sul e Sudeste apresentavam, já na década de 1940, níveis de fecundidade mais baixos que as Regiões Norte e Nordeste e essas disparidades aumentaram a partir da década de 1960. Em 1980, as mulheres da Região Norte tinham, em média, 3 filhos a mais que aquelas que viviam na Região Sudeste. A partir daí, observou-se uma queda da fecundidade nas Regiões Norte e Nordeste, resultando, em 2010, em redução, também, nos contrastes regionais: o maior nível ainda é encontrado na Região Norte, com 2,4 filhos por mulher, e os menores, nas Regiões Sul e Sudeste, onde essa média foi de 1,7 filhos. Mesmo com essa tendência de convergência, a diferença de comportamento reprodutivo entre as regiões segue causando um grande impacto na diferenciação da estrutura etária da população ao longo do tempo (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Os fluxos migratórios documentados são também essenciais para a análise da participação dos idosos na população das grandes regiões e unidades da Federação. Se, por um lado, os estados mais desenvolvidos apresentam alta concentração relativa de população idosa, especialmente em função do histórico de baixas taxas de fecundidade e mortalidade, como Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, diversos estados da Região Nordeste têm alta concentração de idosos em função da emigração de jovens e adultos. A Paraíba, por exemplo, tem um percentual de idosos na população de mais de 10%, valor próximo ao de estados como São Paulo, Paraná e Santa Catarina, mesmo com taxas de fecundidade e mortalidade mais altas. Por outro lado, em estados como Roraima e Amapá, apenas cerca de 5% da população é composta por idosos. Nesses casos, além de apresentarem fecundidade e mortalidade mais altas que a média nacional, são regiões de alta atração populacional, especialmente de população jovem (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Os dados do Censo de 2010 mostram o País com uma média de 10,8% de habitantes com 60 anos ou mais. Quando os números são distribuídos por regiões, encontram-se 6,9% de idosos na região Norte, 8,8%, no Centro-Oeste, 10,3%, no Nordeste, 11,8%, no Sudeste e 12% na região Sul (IBGE, 2010a).

O estado de Goiás, desde a década de 1970, tem apresentado queda nas taxas de fecundidade. Em 50 anos, o número médio de filhos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos) reduziu mais de 70%, o que corresponde a quase cinco filhos a menos por mulher nesse período. A taxa de fecundidade era de 6,46, em 1970, e passou a ser de 1,86, em 2010. O processo de queda na fecundidade em Goiás, portanto, interfere diretamente no número de crianças e, também, no aumento da participação dos idosos. Houve, ao longo dos anos, uma acentuada diminuição na representatividade da população infantil, enquanto a parcela das pessoas com mais de 64 anos se elevou década a década. Em 2010, os idosos representavam 6,2% da população de Goiás. A projeção, para 2030, é que os idosos cheguem a mais de 11% do total da população. Em 2030, serão mais de 880 mil pessoas com 65 anos ou mais, quase o triplo do total de 2000 (GOMES; SILVA, 2014).

A expectativa de vida em Goiás, em 2014, de acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de aproximadamente 74 anos. A taxa de crescimento anual dos idosos é maior que a taxa da população em geral. A população sairá de um crescimento de 1,84% ao ano, entre 2000 e 2010, para 1,57%, de 2010 a 2020. Enquanto isso, os idosos aumentarão em um ritmo de 4,16% anual nesse último período. Goiânia expandirá o número de idosos em um ritmo superior ao do estado. Isso já ocorria na década de 2000, em que a taxa era maior que 5% ao ano (GOMES; SILVA, 2014).

4.2 Doenças Crônicas e Incapacidade Funcional

Conjuntamente à transição demográfica, observa-se a epidemiológica, na qual prevalecem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em substituição às infecciosas (SCHRAMM et al., 2004). Para a maioria das principais DCNT, o número de mortes aumentou 42% entre 1990 e 2013, passando de 26 milhões para mais de 38 milhões de mortes no mundo, em 2013 (NAGHAVI et al., 2015). No Brasil, as DCNT concentram 72% do total de óbitos, segundo dados de 2009 do Sistema de Informação de Mortalidade, percentual que representa mais de 742 mil mortes por ano. As que mais matam são as doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,2%), as doenças respiratórias crônicas (5,8%) e o diabetes mellitus (5,2%).

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas. O número de indivíduos com 65 anos e mais que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1% (IBGE, 2010a).

Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas tende a crescer e, conseqüentemente, haverá um aumento da incapacidade funcional. Esta, por sua vez, provoca mais vulnerabilidade e dependência nos idosos, levando a mudanças importantes para a família, a comunidade e o sistema de saúde (ALVES et al., 2007).

Para definir e medir a incapacidade funcional existem diversas formas (WHO, 2002b), porém, na maioria das vezes ela é frequentemente avaliada por meio do relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD), as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a mobilidade. As ABVD consistem em atividade de autocuidado, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter a continência e alimentar-se (KATZ et al., 1963). As AIVD baseiam-se nas tarefas que permitem a vida independente na comunidade, como usar o telefone, fazer compras, preparar uma refeição, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, utilizar o transporte, tomar medicamentos e cuidar do próprio dinheiro (LAWTON; BROAD, 1969). Essas escalas são validadas no Brasil e se mantêm até os dias atuais. À mobilidade atribui-se a capacidade de sair da residência e pode ser mensurada iniciando-se com atividades mais simples e progredindo para atividades mais complexas, como caminhadas, subir e descer escadas, atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996).

As doenças crônicas e a incapacidade funcional para ABVD e AIVD podem ser determinantes da necessidade de assistência domiciliar. É cada vez mais frequente e imprescindível o cuidado domiciliar, realizado por familiares e/ou cuidadores, às pessoas com dependências cognitivas e físicas. Esse cuidado é importante para suprir as grandes demandas pelos leitos hospitalares e minimizar os riscos que as hospitalizações prolongadas podem gerar nos indivíduos acometidos por doenças crônicas (SOUZA et al., 2014).

4.3 Políticas públicas para a população idosa no Brasil

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) reitera a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ao afirmar que é dever da família, sociedade e Estado em assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para integração e participação efetiva na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa. Incentiva a implementação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996).

Outra diretriz praticada pela Política é a priorização do atendimento ao idoso no meio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, exceto àqueles que não apresentem condições que garantam sua própria sobrevivência, como nos casos de abandono, inexistência do grupo familiar ou casa-lar ou carência de recursos financeiros próprios ou da própria família (BRASIL, 1994, 1996). O conceito de modalidade asilar compreende o atendimento, em regime de internato ao idoso que não possua vínculo familiar ou condições de prover o próprio sustento (BRASIL, 1996).

No decreto n. 1.948 são especificadas as atribuições do Ministério da Saúde, dentre as quais se destacam: garantir ao idoso à assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS; hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das unidades básicas e da implantação da unidade de referência; estruturar centros de referência; garantir o acesso à assistência hospitalar; fornecer medicamentos, órteses e próteses; estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS; favorecer o autocuidado e o cuidado informal do idoso; d) incentivar a permanência do idoso em sua comunidade (BRASIL, 1996).

Posteriormente, por meio da Portaria 1395/GM, foi criada a Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). São objetivos desta Política: a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção ao máximo da capacidade funcional, a fim de garantir aos idosos permanência no meio em que vivem de forma independente. Envelhecimento saudável foi definido como o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, qualidade de vida e autonomia, a partir de ações que orientem os indivíduos para a adoção precoce de hábitos saudáveis de

vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Já a capacidade funcional foi compreendida como a capacidade de o indivíduo manter suas habilidades físicas e mentais requeridas para uma vida independente e autônoma (BRASIL, 1999).

Para possibilitar a assistência às necessidades de saúde do idoso, a Política (BRASIL, 1999) pressupõe ações em diferentes âmbitos: ambulatorial, a partir da consulta geriátrica como a base dessa assistência; hospitalar com o estabelecimento de critérios específicos de atendimento por meio do estado funcional; internação hospitalar de longa permanência destinada a idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou sujeito à recuperação prolongada; hospital-dia geriátrico para idosos com necessidade terapêutica ou reabilitação; outros serviços alternativos à internação prolongada, nos quais a assistência domiciliar deverá estar obrigatoriamente incluída (BRASIL, 1999).

A Política também observa a necessidade de capacitação de recursos humanos especializados em Gerontologia e a articulação intersetorial do Ministério da Saúde com os Ministérios da: Educação, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Emprego, Justiça, Esporte e Turismo, Ciência e Tecnologia e Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano (BRASIL, 1999).

Por meio da lei n. 10.741 em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso que tem como propósito garantir facilidades e oportunidades para preservação da saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, espiritual, intelectual e social dos idosos. Para isso, atribui à família, comunidade, sociedade e poder público a obrigação de garantir ao idoso a efetivação de seus direitos, a saber: os direitos à vida, cidadania, liberdade, dignidade, alimentação, saúde, trabalho, cultura, educação, lazer, esporte e convivência familiar e comunitária. É prioridade do Estatuto (BRASIL, 2003), assim como colocado na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), a viabilização de possibilidades de participação e convívio do idoso com outras gerações e a qualificação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia. O Estatuto confirma a relevância da atenção à saúde na forma de atendimento domiciliar a ser prestado aos idosos que dele necessitem e que estejam impossibilitados de se locomover ou para os idosos abrigados em instituições (BRASIL, 2003).

Depois, no ano de 2006, por meio da Portaria no 2.528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa cujo intuito é manter, recuperar e promover a

autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Estabelece a promoção do envelhecimento ativo e saudável, seguindo as orientações do documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (OMS, 2005). Visando à integralidade da atenção, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe a articulação entre os setores: Educação, Previdência Social, Sistema Único de Assistência Social, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano, Transportes, Justiça e Direitos Humanos, Esporte e Lazer, Ciência e Tecnologia (BRASIL, 2006). De acordo com a mesma Política (BRASIL, 2006), dois eixos são fundamentais para concretização da integralidade das ações: a promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção e o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde.

Em abril de 2018 o Ministério do Desenvolvimento Social lançou em parceria com os ministérios do Desenvolvimento Humano, da Saúde e dos Direitos Humanos, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, da Organização Pan-Americana da Saúde e da OMS a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa através do decreto n. 9.328. Tem como objetivo incentivar as comunidades e as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis (BRASIL, 2018).

Esta estratégia tem como diretrizes: o protagonismo da pessoa idosa; o foco na população idosa, prioritariamente a inscrita no cadastro único para programas sociais do governo federal; a orientação por políticas públicas destinadas ao envelhecimento populacional e a efetivação da política nacional do idoso, e do estatuto do idoso; o fortalecimento dos serviços públicos destinados à pessoa idosa, no âmbito das políticas de assistência social, de saúde, de desenvolvimento urbano, de direitos humanos, de educação e de comunicação; e a intersectorialidade e a interinstitucionalidade, mediante a atuação conjunta de órgãos e entidades públicas e privadas e organismos internacionais na abordagem do envelhecimento e da pessoa idosa (BRASIL, 2018).

4.4 Assistência Domiciliar, desospitalização e reospitalização

A assistência domiciliar organizada teve seu primeiro registro no século XIX, em Boston, onde um grupo de enfermeiras foi formado com o objetivo de desenvolver ações de saúde em domicílio. As motivações iniciais eram amenizar a superlotação hospitalar e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais benéfico. Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que, em seguida, denominou-se Public Health Nurse. Posteriormente, multiplicaram-se experiências pela América do Norte e Europa (AMARAL et al., 2001; REHEM; TRAD, 2005).

No continente europeu, a maioria dos países possui serviços de assistência domiciliar, que geralmente incluem: reabilitação, promoção da saúde ou prevenção de doenças, assistência técnica de enfermagem tanto para condições crônicas quanto agudas, terapia ocupacional e fisioterapia. Os beneficiários de cuidados de saúde em casa são principalmente pessoas mais velhas, com doenças complexas ou com doença terminal (WHO, 2008).

Merece destaque o programa francês *Association Nationale pour les Traitements à Domicile, les Innovations et la Recherche* (ANTADIR), criado em 1981, que possui atualmente equipes com médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, engenheiros e técnicos biomédicos. Oferece cuidados em: suporte respiratório (oxigenoterapia, ventilação assistida, tratamento contínuo das vias aéreas, reabilitação respiratória, aspiração endotraqueal), tratamento de dor, antibioticoterapia, nutrição parenteral, quimioterapia, nutrição enteral e tratamento de feridas complexas (CHAMPEVAL, 2012).

No Brasil, a primeira experiência de atendimento domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público, no ano de 1963, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) (REHEM; TRAD, 2005).

Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria n. 2.416, em 23 de março de 1998, que determinou condições para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Essa normativa apresentou como condições prioritárias para a internação domiciliar: usuário com idade superior a 65 anos, com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; usuários portadores de condições crônicas, tais como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; usuários acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação – usuários portadores de neoplasias malignas (BRASIL, 1998).

Em 2002, o atendimento domiciliar no SUS foi regulamentado por meio da Lei n. 10.424 (BRASIL, 2002), que estabeleceu alterações no capítulo e no artigo da Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990). A publicação dessa lei evidenciou dois objetivos: assegurar aos usuários em tratamento domiciliar melhor qualidade de vida e a manutenção do vínculo familiar e solucionar o problema da falta de leitos hospitalares na rede pública (RICARTE, 2005).

Em 2006, o MS publicou a Portaria n. 2.529 (BRASIL, 2006a), revogando a Portaria anterior, de n. 2.416, estabelecendo novos critérios para a internação domiciliar. Ela apresenta a definição de internação domiciliar no âmbito do SUS, a composição dos serviços de internação domiciliar, a definição das equipes em relação ao número de habitantes e o repasse dos recursos financeiros por equipe (BRASIL, 2006a). Ainda em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) contribuiu com a formulação da política de AD por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa n. 11/2006. O objetivo da resolução foi estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2006b).

O termo internação domiciliar diz respeito a um cuidado mais intensivo e multiprofissional, realizado em casa, envolvendo ações de assistência à saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio do doente com complexidade moderada ou alta (SCHWONKE; SILVA; CASALINHO, 2008). Por este motivo o termo internação domiciliar foi modificado para Atenção Domiciliar (AD) em 24 de agosto de 2011, por meio da Portaria n. 2.029, do Ministério da Saúde. AD é um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de

cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Neste mesmo ano foi lançado o Programa “Melhor em Casa”.

Posteriormente, o documento supracitado foi revogado pela Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011, e reformulado pela Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, que redefiniu a AD, estabelecendo as normas para cadastro dos SAD, a habilitação dos estabelecimentos de saúde nos quais estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento (BRASIL, 2011a; BRASIL 2011b; BRASIL, 2013a).

Por último, no ano de 2016, o MS publicou a Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016, considerando a necessidade de reformulação da Portaria n. 963, no intuito de qualificação da AD, bem como de adequação da normativa em função das mudanças no âmbito da gestão federal do programa, de forma a garantir o financiamento das equipes em funcionamento (BRASIL, 2016).

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, e é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. É organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e Atenção Domiciliar 3 (AD 3) (BRASIL, 2016).

A organização das modalidades de AD foi estabelecida de acordo com o grau de complexidade dos usuários assistidos. A modalidade AD 1 destina-se aos usuários que: possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menos necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento na unidade básica de saúde. Em relação à AD 2, refere-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que precisem de cuidados com mais frequência, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Por fim, a AD 3 visa os usuários com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando estes necessitem de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica,

paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016).

Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: trabalhar em equipe multiprofissional integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS); identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; pactuar fluxos para atestado de óbito; articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes (BRASIL, 2016).

Os municípios que aderirem ao SAD podem ser contemplados com Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 1, EMAD tipo 2 e Equipe multiprofissional de apoio (EMAP). As EMAD tipo 1 e tipo 2 são constituídas por médicos, fisioterapeutas ou assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, diferenciando-se pelas cargas horárias semanais, maiores na do tipo 1 (10 horas semanais a mais dos enfermeiros e 20 horas semanais a mais dos médicos). A EMAP incorpora outros profissionais de nível superior como, por exemplo: fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

Atualmente existem, no Brasil, 640 EMAD e 358 EMAP. No estado de Goiás estão ativas 33 equipes EMAD e 23 EMAP. O programa de atenção domiciliar, na cidade de Goiânia, foi implantado em 2012, logo após a instituição do Programa “Melhor em Casa”. Entretanto, antes da orientação do órgão do governo federal, a saúde do município já desenvolvia, há 11 anos, um serviço similar para assistência domiciliar, o Programa de Atenção Integral Hospitalar, desativado após a instituição do atual modelo (FERREIRA, 2015).

No momento, em Goiânia, 2 EMAD e 1 EMAP estão habilitadas pelo centro de referência em reabilitação, 1 EMAD está habilitada pelo centro de referência em oncologia e 6 EMAD e 2 EMAP estão sob a gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, e destina-se a atender as demandas de desospitalização, cuidados paliativos e atendimento aos pacientes de alta complexidade da rede de saúde do município. O perfil geral dos pacientes atendidos pela SMS corresponde, em sua maioria, a adultos e idosos que possuem doenças crônicas degenerativas, como acidente vascular encefálico (AVE), esclerose múltipla e Alzheimer. Os pacientes jovens que procuram atendimento no serviço foram, em grande parte, vítimas de acidentes automobilísticos ou violência e perfuração por arma branca ou arma de fogo. O serviço atende uma média de 190 pacientes por mês e são realizados cinco atendimentos por dia (FERREIRA, 2015).

A AD é um conjunto de ações que permite a desospitalização de pacientes com doenças crônicas, com continuidade do cuidado em domicílio permitindo a melhor utilização de recursos, pois os leitos desocupados não serão desativados, e sim utilizados por quem realmente necessita da internação, seja para o uso de recursos diagnósticos ou terapêuticos (BRASIL, 2012a).

Até o momento existem poucos estudos analisando fatores associados à reospitalização de pacientes acompanhados por serviços de assistência domiciliar ou ambulatorial.

Em estudo realizado no Canadá a associação entre multimorbidade e hospitalização foi menos pronunciada entre os indivíduos que tiveram maior continuidade do acompanhamento médico do que na população em geral, mostrando a importância dos programas de gerenciamento de condições crônicas (GRUNEIR et al., 2016). Outro estudo realizado na Suíça avaliando idosos frágeis evidenciou que aqueles que receberam os cuidados integrados com equipe multidisciplinar geriátrica em casa reduziram significativamente as internações desnecessárias e as visitas à sala de emergência além de permitir que mais pacientes morressem em casa (DI POLLINA, 2017).

Segundo alguns autores, entre os prováveis motivos de reospitalização estariam a inadequada preparação para a alta e a falta de acompanhamento após a alta hospitalar, principalmente entre idosos e portadores de doenças crônicas (JENCK; WILLIAMS; COLEMAN, 2009; OCCELLI et al., 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo observacional, analítico e transversal.

O estudo foi observacional pois o pesquisador não realizou qualquer intervenção que possa ter interferido no objeto do estudo, nas variáveis e no desfecho, atuou meramente como expectador.

5.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no SAD, de um hospital referência em reabilitação do Centro-Oeste.

O centro de referência em reabilitação é um hospital localizado na cidade de Goiânia-Goiás, que atende, especificamente, o grande incapacitado, exclusivamente pelo SUS. Os serviços obedecem ao sistema de regulação (municipal e estadual) e o centro atende todas as unidades da federação e o Distrito Federal. Suas atividades se iniciaram em 2002, com a proposta de oferecer qualidade e excelência na reabilitação e readaptação do grande incapacitado. É um hospital reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação IV atuante na reabilitação das pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual (Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, 2017).

O SAD desse Centro teve início em março de 2014 e é um serviço que obedece às portarias do MS (primeiramente à de n. 963, de 27 de maio de 2013, e, posteriormente, à de n. 825, de 25 de abril de 2016) nas modalidades de AD2 e AD3. O programa é composto por três equipes, sendo duas EMAD tipo 1 e uma EMAP, cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Cada EMAD tipo 1 é composta por médicos com somatório de carga horária semanal de 40 horas de trabalho, enfermeira com carga horária semanal de 40 horas de trabalho, fisioterapeuta com 30 horas e técnicos de enfermagem com

120 horas de trabalho semanal. A EMAP é composta por assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicólogo, cuja soma das cargas horárias semanais é de no mínimo 90 horas de trabalho.

Todos os médicos das equipes possuem residência médica em clínica médica e geriatria e, portanto, estão aptos a atender adultos e idosos. Os fisioterapeutas possuem especialização em fisioterapia respiratória para manejo de pacientes em ventilação mecânica, em uso de traqueostomia e/ou oxigênio.

O SAD tem capacidade para atender até 50 pacientes simultaneamente. Realiza visitas domiciliares apenas em Goiânia, em pacientes com idade a partir de 15 anos com perda funcional, provenientes do setor de internação ou do ambulatório do centro de reabilitação. Cada equipe EMAD e também a EMAP realizam em média oito visitas por dia, tendo um total de 24 visitas diárias. Os pacientes recebem visitas de cada membro da equipe semanal ou quinzenalmente. Durante as visitas, orientações são feitas aos cuidadores para o manejo com os dispositivos auxiliares, para prevenção de complicações como lesões por pressão, broncoaspirações e quedas.

Todos os pacientes, para serem admitidos no programa de atenção domiciliar, são avaliados, primeiramente, por algum membro de uma das equipes e são acompanhados pelo programa por um período determinado pela equipe após reuniões e cumprimento do plano terapêutico.

Após a alta, eles são encaminhados para continuar o tratamento no ambulatório do hospital. Entre os critérios para a alta é fundamental a compreensão dos cuidadores sobre as orientações fornecidas pela equipe para manter a qualidade de vida do paciente no domicílio e prevenir rehospitalizações. Outros critérios de alta são: impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio, não aceitação do acompanhamento ou solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar, piora clínica que justifique internação hospitalar, melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, mudança de cidade, não cumprimento das combinações construídas no plano terapêutico, após tentativas de repactuação entre equipe e família e/ou cuidador e/ou paciente com o objetivo de reconstruir vínculo.

5.3 População e Amostragem

Pacientes idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, acompanhados pelo SAD do centro de reabilitação no período de março de 2014 a janeiro de 2017. No total, foram avaliados 126 prontuários e, após os critérios de inclusão e exclusão, foi obtida uma amostra de 109 pacientes.

5.4 Critérios de Elegibilidade

5.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com doença crônica que levou à incapacidade funcional não importando a etiologia e que foram acompanhados por pelo menos um mês pelo SAD.

Considerada incapacidade funcional a dificuldade ou a necessidade de ajuda para realizar as ABVD, as AIVD e a mobilidade.

5.4.2 Critérios de exclusão

Dados de prontuário incompletos quanto a reospitalização, intercorrências infecciosas e uso de antibióticos.

Pacientes que ainda estavam sendo acompanhados pelo serviço no período de coleta de dados e não atingiram o desfecho (alta ou óbito).

5.5 Coleta de Dados

A coleta foi iniciada apenas após aprovação pelo Comitê de Ética. Primeiramente, foi acessado um cadastro que contém o número do prontuário de todos os pacientes

que ingressaram no programa no período estabelecido (março de 2014 a janeiro de 2017), totalizando 265 pacientes. Posteriormente, foram selecionados todos os idosos (126) e os dados foram coletados em prontuários eletrônicos (*software* utilizado é o MVpep).

Dos 126 prontuários avaliados, 109 preencheram os critérios de inclusão e 17 foram excluídos. Dentre os excluídos, 13 permaneceram menos de um mês no programa, um estava com dados incompletos sobre intercorrências infecciosas e três ainda estavam sendo acompanhados pelo serviço no período em que os dados foram coletados.

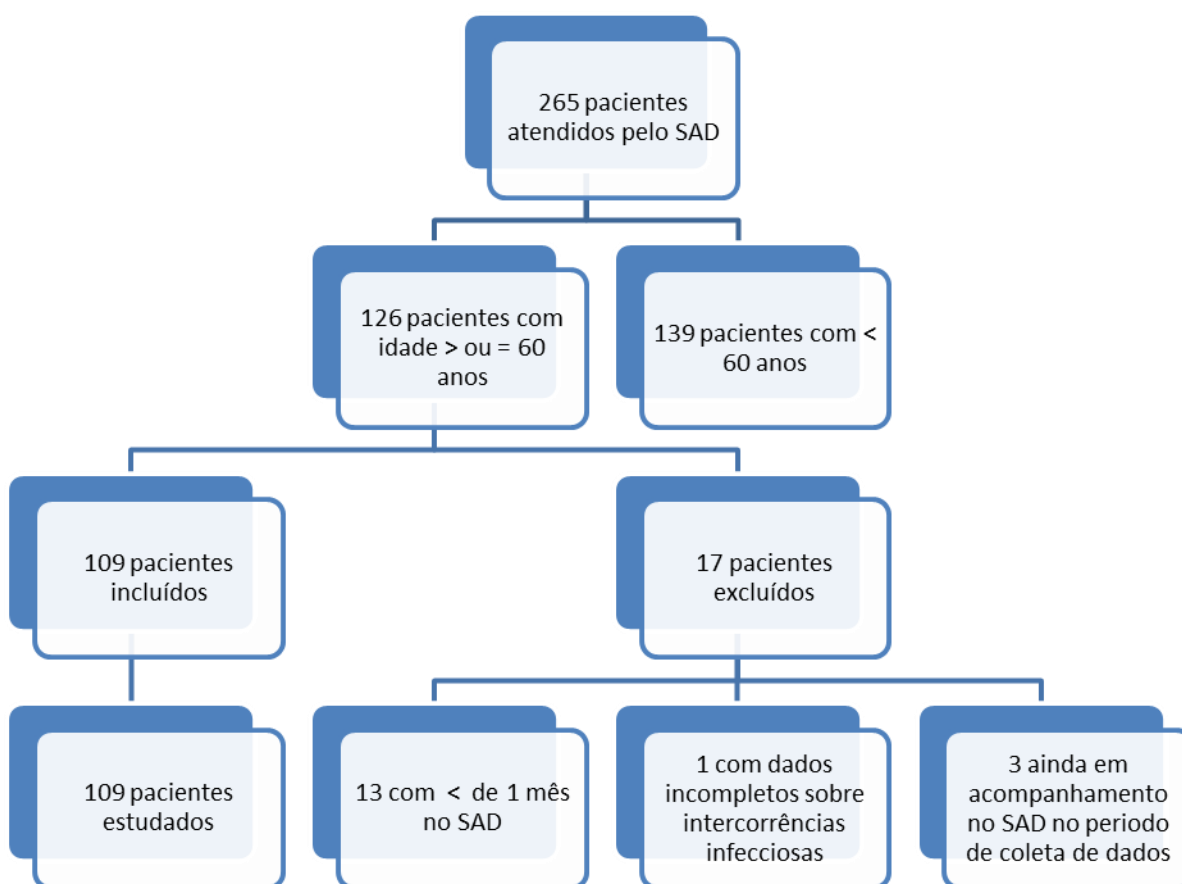


Figura 1 – Desenho do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

5.6 Variáveis do Estudo

Foi utilizado um questionário para coleta de dados (Apêndice B), com as seguintes variáveis:

As variáveis sociodemográficas estudadas foram:

- Sexo (masculino e feminino).
- Idade no momento da admissão (anos).
- Estado civil (solteiro(a), casado(a), viúvo(a), divorciado(a)).
- Escolaridade (analfabeto(a), 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 12 anos, 13 ou mais, Ignorada) (anos de estudo).
- Número de pessoas que moram no domicílio (2, 3 a 5, 5 a 7, mais de 7).
- Renda familiar (até 1 salário mínimo, 2 a 4 salários mínimos, 5 a 6 salários mínimos, mais de 6 salários mínimos).
- Número e tipo de cuidadores (1, 2, 3 ou 4 mais) (cuidador familiar ou não).

As variáveis clínicas estudadas foram:

- Doença crônica: foi considerada aquela principal, que levou à incapacidade funcional (sequela de acidente vascular encefálico, sequela de traumatismo crânio-encefálico, sequela de traumatismo raqui-medular, demência, doença de Parkinson, doença do neurônio motor, neoplasias, encefalopatia, outras).
- Comorbidades: aquelas doenças coexistentes com a doença crônica (hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia, osteoporose, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, demência, doença de Parkinson, dislipidemia, tireoidopatia, nenhuma, outras).
- Tempo de acompanhamento no programa (em meses).
- Presença de dispositivos auxiliares (traqueostomia, gastrostomia, oxigênio, ventilação mecânica).
- Presença e número de lesões por pressão.
- Intercorrência infecciosa e se o tratamento foi domiciliar ou em hospital.

- Reospitalização (paciente que estava sendo acompanhado pelo SAD e foi necessário o retorno para qualquer unidade de internação da rede SUS ou conveniada para tratamento de intercorrências infecciosas ou não infecciosas, foram excluídas reospitalizações para troca eletiva de dispositivos).
- Desfecho (óbito ou alta).

5.7 Análise Estatística

Os dados foram analisados no programa estatístico Stata, versão 14.0. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva. As variáveis qualitativas nominais e ordinais foram apresentadas como frequência absoluta (n) e relativa (%) e as quantitativas como média, desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo.

A seguir, foi feita uma análise bivariada e múltipla para verificar a associação entre as variáveis independentes e as dependentes. Na análise bivariada, foi utilizada a regressão de Poisson bivariada. Variáveis com p -valor < 0.20 e idade e sexo como potenciais variáveis de confusão foram incluídas em um modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta. O teste de qui-quadrado de Wald foi utilizado para verificar as diferenças entre as proporções e os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

5.8 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás através da plataforma Brasil e foi aprovado conforme parecer n. 1.928.566, em 16 de fevereiro de 2017 (Anexo A). O projeto obedece às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução n. 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2012 (BRASIL, 2012b), e n. 510 (BRASIL, 2016).

6 RESULTADOS

A população do estudo correspondeu a 109 pacientes idosos portadores de doenças crônicas e com perda funcional, acompanhados pelo SAD, com tempo médio de seguimento de 5,4 ($\pm 3,7$) meses.

Houve predomínio do sexo feminino (51,4%). A média de idade foi 75,8 anos ($\pm 9,6$) e a mediana 75. A maioria dos idosos tinha idade maior ou igual a 80 anos (36,7%), eram casados (46,8%) e com escolaridade ignorada (42,2%). Dentre aqueles com escolaridade conhecida a grande maioria tinha menos de 4 anos de estudo (71,4%). Entre os homens, 71,6% eram casados, contra apenas 23,2% das mulheres (Tabela 1).

Havia, entre os participantes, 63,3% com uma renda familiar entre dois e quatro salários mínimos. Dos 109 idosos, apenas três residiam em alguma instituição de longa permanência, todos os demais residiam com familiares. A média de pessoas que residiam no domicílio, incluindo o paciente, foi 3,1 (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Variáveis	N	%
Idade (anos)	75,8 (9,6) ¹	75,0 (15,0) ²
60-69	32	29,4
70-79	37	33,9
≥ 80	40	36,7
Sexo		
Feminino	56	51,4
Masculino	53	48,6
Estado civil		
Casado	51	46,8
Divorciado/solteiro	17	15,6
Viúvo	41	37,6
Escolaridade (n = 63)		
< 4	45	71,4
5-8	9	14,3
> 8	9	14,3
Ignorado (n=46)		
Renda (salários mínimos)		
< 1	21	19,3
2-4	69	63,3
> 4	19	17,4

(continua)

(conclusão Tabela 1)

Variáveis	N	%
Tipo de moradia		
Residência	106	97,2%
ILP	3	2,8%
Número de pessoas no domicílio (n = 106)		
< 2	36	34,0
3-4	59	55,7
≥ 5	11	10,4

ILP: Instituição de Longa Permanência; ¹ Média (Desvio-padrão); ² Mediana (Intervalo interquartil).

Entre as doenças crônicas que levaram à perda da funcionalidade do idoso a mais frequente foi a sequela de AVE, com 56,9%. Do total de idosos, 95 (87,2%) apresentavam alguma comorbidade, tendo sido a hipertensão arterial a mais prevalente, com 57,8%. A média de comorbidade por paciente foi de 2,2 (\pm 1,5) (Tabela 2).

Tabela 2 – Doenças crônicas que levaram à perda de funcionalidade e comorbidades nos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Variáveis	N	%
Doença crônica		
Sequela por AVE	62	56,9
Sequela por TCE	10	9,2
Demência	13	11,9
Doença de Parkinson	4	3,7
DNM	6	5,5
Outras	14	12,8
Comorbidades		
	2,2 (1,5) ¹	2,0 (2,0) ²
HA	63	57,8
DM	26	23,9
Cardiopatía	31	28,4
Osteoporose	6	5,5
Osteoartrose	8	7,3
DPOC	13	11,9
Depressão	25	32,1
Demência	26	23,9
Parkinson	6	5,5
DLP	10	9,2
Tireoidopatia	10	9,2

AVE: acidente vascular encefálico, TCE: traumatismo crânio-encefálico, DNM: doença neuromuscular, HA: Hipertensão Arterial, DM: Diabetes Mellitus, DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, DLP (Dislipidemia); 1. Média (Desvio-padrão); 2. Mediana (Intervalo interquartil). Alguns pacientes tinham mais de uma comorbidade.

Do total de 109 pacientes, 58 (53,2%) deles apresentavam pelo menos um dispositivo auxiliar (traqueostomia, gastrostomia, oxigênio, ventilação mecânica) (Figura 2).

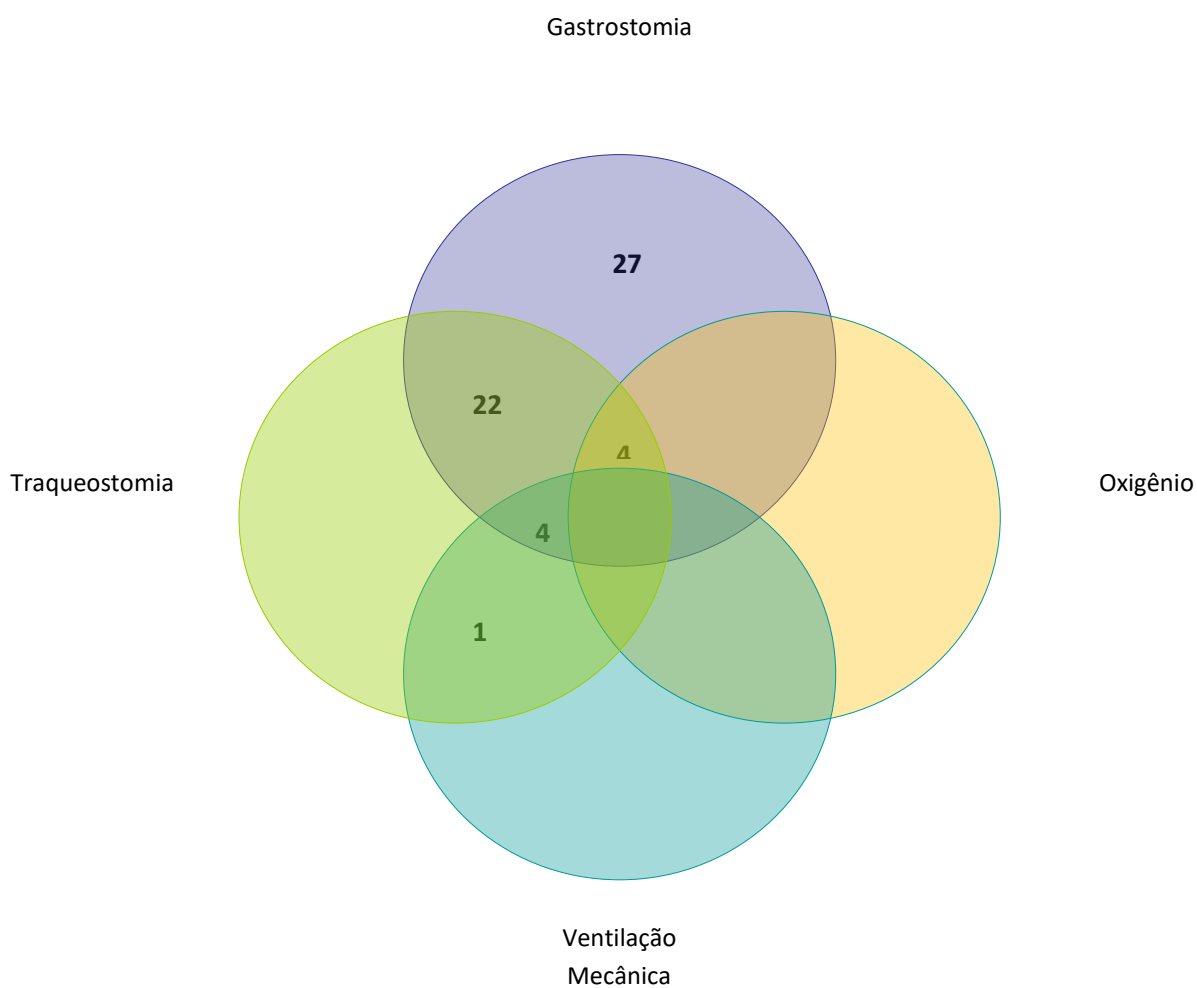


Figura 2 – Presença de dispositivo auxiliar em 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017
Fonte: O Autor, 2018

Aqueles que apresentavam lesão por pressão correspondiam a 52 (47,7%) pacientes. Desses, 73,1% tinham de uma a duas lesões, 19,2% de duas a cinco lesões e 3,7% mais de cinco lesões.

Quanto ao número de cuidadores, a maioria (56%) tinha apenas um único cuidador e o tipo de cuidador familiar (75,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao número e tipo de cuidador dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Número de cuidadores	n	%
1	61	56,0
>= 2	48	44,0
Tipo de cuidador		
Familiar	82	75,2
Não familiar	27	24,8

Durante o período em que foram acompanhados, 48,6% dos idosos apresentaram algum tipo de infecção, alguns mais de uma infecção e 36,7% foram rehospitalizados em um hospital da rede SUS para tratamento de infecção ou outro motivo, excluindo as internações para troca eletiva de dispositivos auxiliares (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição quanto à infecção e à rehospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Variáveis	n	%
Infecção		
Não	56	51,4
Sim	53	48,6
Tipos de infecção		
Pneumonia	29	26,6
Traqueobronquite	2	1,8
ITU	18	16,5
Outra infecção	12	11,0
Reospitalização		
Não	69	63,3
Sim	40	36,7

ITU: infecção do trato urinário. Alguns pacientes tiveram mais de um tipo de infecção.

Quanto ao desfecho, 75 receberam alta e 34 evoluíram para óbito, sendo que destes 22 ocorreram no hospital (Gráfico 1).

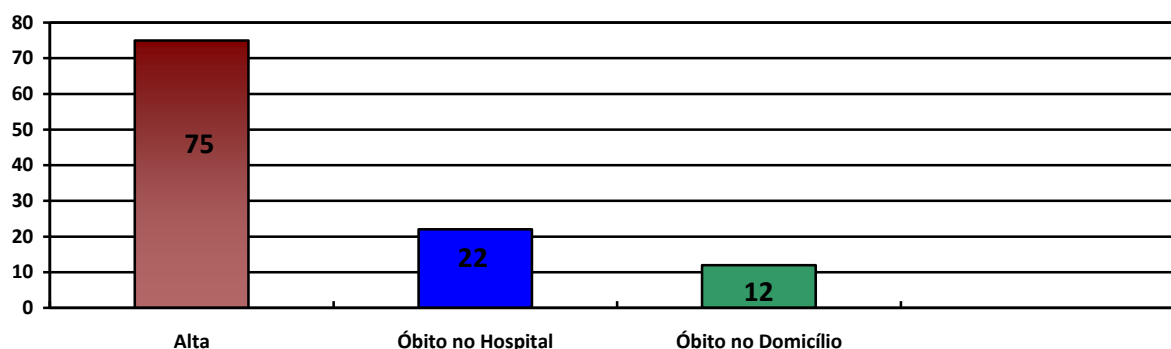


Gráfico 1- Desfecho dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017. Fonte: Autor, 2018

Apesar de não ser estatisticamente significativa, a faixa etária de 60 a 69 anos foi a que teve maior tendência percentual de pacientes rehospitalizados (43,8%), assim como o estado civil solteiro ou divorciado (47,1%) (Tabela 5A).

Tabela 5A – Análise bivariada dos fatores sociodemográficos associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Fatores sociodemográficos	Total	Reospitalização				RP (IC 95%)	p
		Não	%	Sim	%		
Idade (anos)							
60-69	32	18	56,3	14	43,8	1,00	
70-79	37	26	70,3	11	29,7	0,67 (0,36-1,28)	0,233
≥ 80	40	25	62,5	15	37,5	0,85 (0,48-1,50)	0,592
Sexo							
Feminino	56	36	64,3	20	35,7	1,00	
Masculino	53	33	62,3	20	37,7	1,05 (0,64-1,73)	0,828
Estado civil							
Casado	51	31	60,8	20	39,2	1,00	
Divorciado/solteiro	17	9	52,9	8	47,1	1,20 (0,65-2,21)	0,559
Viúvo	41	29	70,7	12	29,3	0,74 (0,41-1,34)	0,330

RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; p = valor de p significância (0,05).

Não houve diferença estatisticamente significativa da associação entre escolaridade e renda com reospitalização. Aqueles que tinham entre três a quatro pessoas no domicílio tiveram maior reospitalização e a associação foi estatisticamente significativa (Tabela 5B).

Tabela 5B – Análise bivariada dos fatores sociodemográficos associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Fatores sociodemográficos	Total	Reospitalização				RP (IC 95%)	p
		Não	%	Sim	%		
Escolaridade em anos (n = 63)							
< 4	45	31	68,9	14	31,1	1,00	
5-8	9	5	55,6	4	44,4	1,42 (0,60-3,36)	0,415
> 8	9	4	44,4	5	55,6	1,78 (0,85-3,72)	0,112
Renda (n=109)							
≤ 1 SM	21	13	61,9	8	38,1	1,00	
2-4 SM	69	45	65,2	24	34,8	0,91 (0,48-1,72)	0,779
> 4 SM	19	11	57,9	8	42,1	1,10 (0,51-2,36)	0,797
Número de pessoas no domicílio (n = 106)							
≤ 2	36	29	80,6	7	19,4	1,00	
3-4	59	31	52,5	28	47,5	2,44 (1,18-5,01)	0,015
≥5	11	6	54,5	5	45,5	2,33 (0,92-5,93)	0,074

SM: salário mínimo; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; p = valor de p significância (0,05).

Em relação à doença crônica que levou à perda de funcionalidade, as DNM mostraram associação estaticamente significativa com reospitalização (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise bivariada das doenças crônicas associadas à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Doença crônica	Total	Reospitalização				RP (IC 95%)	p
		Não	%	Sim	%		
Sequela por AVE	62	45	72,6	17	27,4	1,00	
Sequela por TCE	10	5	50,0	5	50,0	1,82 (0,86-3,83)	0,113
Demência	13	8	61,5	5	38,5	1,40 (0,62-3,12)	0,408
Doença de Parkinson	4	2	50,0	2	50,0	1,82 (0,62-5,39)	0,269
DNM	6	-	-	6	100,0	3,64 (2,42-5,47)	< 0,001
Outras	14	9	64,3	5	35,7	1,30 (0,57-2,94)	0,525

AVE: acidente vascular encefálico, TCE: traumatismo crânio-encefálico, DNM: doença neuromuscular; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; p = valor de p significância (0,05).

Apesar dos pacientes que apresentavam comorbidades terem mostrado mais reospitalização (37,9%) do que aqueles que não as tinham (28,6%), essa relação não foi estatisticamente significativa. Aquellos pacientes que tinham entre as

comorbidades DPOC tiveram mais rehospitalizações e essa associação foi estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise bivariada das comorbidades associadas à rehospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Variáveis	Total	Reospitalização				RP (IC 95%)	p
		Não	%	Sim	%		
Comorbidades							
Não	14	10	71,4	4	28,6	1,00	
Sim	95	59	62,1	36	37,9	1,32 (0,55-3,17)	0,525
HA							
Não	46	24	52,2	22	47,8	1,00	
Sim	63	45	71,4	18	28,6	0,59 (0,36-0,98)	0,042
DM							
Não	83	53	63,9	30	36,1	1,00	
Sim	26	16	61,5	10	38,5	1,06 (0,60-1,87)	0,830
Cardiopatia							
Não	78	45	57,7	33	42,3	1,00	
Sim	31	24	77,4	7	22,6	0,53 (0,26-1,07)	0,081
Osteoporose							
Não	103	64	62,1	39	37,9	1,00	
Sim	6	5	83,3	1	16,7	0,44 (0,07-2,70)	0,375
Osteoartrose							
Não	101	65	64,4	36	35,6	1,00	
Sim	8	4	50,0	4	50,0	1,40 (0,66-2,95)	0,373
DPOC							
Não	96	65	67,7	31	32,3	1,00	
Sim	13	4	30,8	9	69,2	2,14 (1,35-3,41)	0,001
Depressão							
Não	74	44	59,5	30	40,5	1,00	
Sim	35	25	71,4	10	28,6	0,70 (0,38-1,27)	0,249
Demência							
Não	83	52	62,7	31	37,3	1,00	
Sim	26	17	65,4	9	34,6	0,92 (0,50-1,68)	0,804
Parkinson							
Não	103	66	64,1	37	35,9	1,00	
Sim	6	3	50,0	3	50,0	1,39 (0,59-3,23)	0,443
DLP							
Não	99	61	61,6	38	38,4	1,00	
Sim	10	8	80,0	2	20,0	0,52 (0,14-1,85)	0,314
Tireoidopatia							
Não	99	63	63,6	36	36,4	1,00	
Sim	10	6	60,0	4	40,0	1,10 (0,49-2,46)	0,817

HA: hipertensão arterial; DM: Diabetes Mellitus; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; DLP: dislipidemia; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; p = valor de p significância (0,05).

Tabela 8 – Análise bivariada dos dispositivos auxiliares, lesão por pressão, infecção e número de cuidadores associados à reospitalização dos 109 pacientes idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar. Goiânia, Goiás. 2017

Variáveis	Total	Reospitalização				RP (IC 95%)	p
		Não	%	Sim	%		
Dispositivo							
Não	50	37	74,0	13	26,0	1,00	
Sim	59	32	54,2	27	45,8	1,76 (1,01-3,03)	0,043
Dispositivos							
Traqueostomia							
Não	78	56	71,8	22	28,2	1,00	
Sim	31	13	41,9	18	58,1	2,05 (1,29-3,27)	0,002
Gastrostomia							
Não	52	38	73,1	14	26,9	1,00	
Sim	57	31	54,4	26	45,6	1,64 (0,99-2,88)	0,052
Oxigênio							
Não	105	68	64,8	37	35,6	1,00	
Sim	4	1	25,0	3	75,0	2,12 (1,13-3,97)	0,018
Ventilação mecânica							
Não	104	69	66,3	35	33,7	1,00	
Sim	5	-	-	5	100,0	2,97 (2,26-3,89)	< 0,001
Lesão por pressão							
Não	57	41	71,9	16	28,1	1,00	
Sim	52	28	53,8	24	46,2	1,64 (0,98-2,74)	0,057
Infecção							
Não	56	51	91,1	5	8,9	1,00	
Sim	53	18	34,0	35	66,0	7,39 (3,12-17,52)	< 0,001
Número cuidadores							
1	61	37	60,7	24	39,3	1,00	
>= 2	48	32	66,7	16	33,3	0,84 (0,50-1,41)	0,524
Tipo de cuidador							
Familiar	82	53	64,6	29	35,4	1,00	
Não familiar	27	16	59,3	11	40,7	1,15 (0,66-1,98)	0,610

IC: intervalo de confiança; p = valor de p significância (0,05).

Os pacientes que possuíam algum dispositivo auxiliar apresentaram mais reospitalizações (45,8%) do que aqueles que não possuíam nenhum (26,0%). Entre os dispositivos, a presença de traqueostomia, oxigênio e ventilação mecânica foram associadas com maior reospitalização (Tabela 8).

Entre os pacientes que tiveram alguma infecção a reospitalização foi maior (66,0%) se comparada com aqueles que não tiveram (8,9%). O número de cuidadores e o tipo de cuidador não influenciaram na presença de reospitalização. Embora não tenha sido estatisticamente significativa, as reospitalizações apresentaram uma

tendência para maior frequência no grupo que tinha lesão por pressão (46,2%) quando em comparação com o grupo que não (28,1%) (Tabela 8).

Após análise de regressão múltipla de Poisson foi observado que três variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com reospitalização: DNM, DPOC e traqueostomia (Tabela 9).

Tabela 9– Fatores associados à reospitalização obtidos em análise de regressão múltipla de Poisson

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	p
Doença de base		
Sequela por AVE	1,00	
Sequela por traumatismo	1,89 (0,89-4,02)	0,094
Demência	1,34 (0,59-3,01)	0,473
Doença de Parkinson	1,76 (0,60-5,17)	0,299
DNM	4,02 (2,11-7,66)	< 0,001
Outras	1,28 (0,55-2,97)	0,557
DPOC – comorbidade		
Não	1,00	
Sim	2,14 (1,21-3,79)	0,008
Traqueostomia		
Não	1,00	
Sim	2,02 (1,25-3,27)	0,004

AVE: acidente vascular encefálico; DNM: doença neuro-muscular; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica. R^2 : 10.0; Pearson *goodness-of-fit*: χ^2 : 64, 95; p = 0, 99.

7 DISCUSSÃO

Considerando a importância de se avaliar os serviços de atenção domiciliar no Brasil, este estudo caracterizou o perfil de idosos atendidos em um programa de AD em Goiânia. Trata-se do primeiro estudo com esta avaliação em nosso meio. Os primeiros dados observados nesta população foram: predomínio de portadores de seqüela de AVE (56,9%), taxa de rehospitalização foi de 36,7% e os fatores significativamente associados à rehospitalização, quando analisados por regressão logística, foram doença neuromuscular, DPOC e traqueostomia.

Neste estudo não houve predomínio de um ou outro sexo, apesar de se observar uma pequena maioria de mulheres (51,4%). Esse resultado está de acordo com o censo de 2010 realizado em Goiânia, em que 57,7% dos idosos eram mulheres; também com os estudos de envelhecimento populacional (CARAMELLI et al., 2011; TANNURE et al., 2010) e com aqueles que verificaram o perfil dos usuários atendidos por programas de atenção domiciliar em outras cidades no Brasil (BAJOTTO et al., 2012, BARROS, 2012; NAVES, 2010), nos quais prevalecem o sexo feminino.

Diante desses dados e analisando os dados censitários, verifica-se que nascem mais homens que mulheres, mas, no decorrer dos anos, há uma redução do sexo masculino à medida que a idade avança devido aos óbitos por causas externas e doenças (IBGE, 2010a).

A mediana das idades foi 75, se assemelhando aos dados do estudo de Barros (2012), cuja mediana foi 74. A faixa de idade a partir de 80 anos no estudo correspondeu a 37,5%, sendo esse grupo o que mais cresce proporcionalmente no Brasil, segundo projeção do IBGE (2008), passando de 1,37% da população, em 2010, para 6,39%, em 2050. Esse segmento, considerado muito idoso, possui mais incapacidade funcional, o que pode explicar o aumento da demanda por serviços de atenção domiciliar (MAUÉS et al., 2010).

O estado civil casado foi o mais encontrado, seguido por viúvo, o que corrobora com o perfil da população de Goiânia, onde 37,5% é casada (IBGE, 2010). Esses dados concordam, ainda, com o relatado em estudo em pacientes em internação domiciliar

do Hospital Universitário do Rio de Janeiro por Martelli et al. (2011) e com estudo de Aires e Paz (2008) em idosos atendidos no domicílio pela Estratégia Saúde da Família.

Neste estudo, 71,6% dos homens eram casados e apenas 23,2% das mulheres, sendo as demais viúvas, divorciadas ou solteiras. No Brasil, em 2000, aproximadamente 39% das idosas eram casadas, quase 70% dos homens idosos estavam casados e apenas 13% eram viúvos. A proporção de viúvas cresce com a idade, ao mesmo tempo em que decresce a de casadas. Essa mesma tendência é percebida entre os homens, mas a idade tem um resultado maior sobre o estado conjugal das mulheres. As diferenças por sexo quanto ao estado conjugal se devem, de um lado, a maior longevidade das mulheres e, por outro, a normas sociais e culturais predominantes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Além disso, o novo casamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas (CAMARANO, 2003).

Assim, os homens idosos permanecem com suas parceiras por mais tempo e elas poderão auxiliá-los à medida que se instale a dependência para atividades instrumentais de vida diária e básicas de vida diária. Já as mulheres idosas em condição de dependência terão os cuidados providos pelos filhos, noras, netos e outros familiares (CAMARANO, 2002).

Assim como verificado no estudo de Bastos, Lemos e Mello (2007), na descrição da população é possível destacar a vulnerabilidade social evidenciada pela baixa escolaridade e pela baixa renda familiar. Entre os pacientes deste estudo, 42,2% tinham a escolaridade ignorada e, entre aqueles em que a escolaridade era conhecida, 71,4% tinham menos de 4 anos de estudo.

Silva (2003) aponta que a dimensão social do envelhecimento brasileiro é determinada pelas baixas aposentadorias ou por sua inexistência, pela ausência de economias acumuladas, pelas constantes crises econômicas, pela defasagem do salário mínimo, pela falta das políticas sociais. Esses aspectos têm provocado grande impacto sobre o idoso, a família, a sociedade e o Estado, pois geram a velhice sem recursos financeiros para custear suas despesas.

No estudo, apenas três idosos residiam em instituição de longa permanência, os demais residiam com os familiares. A residência em instituições não é uma prática

comum na sociedade brasileira em razão de vários fatores, como a baixa oferta de vagas, altos custos, preconceitos e estereótipos associados ao fato de os idosos preferirem ser cuidados pelas famílias. Presume-se, por outro lado, que a oferta não seja suficiente para atender à demanda existente, se considerarmos a experiência dos idosos abandonados nos hospitais da rede pública e a contínua verificação de violência familiar (CAMARANO; KANSO, 2011; CAMARGOS, 2014). Segundo o Censo de 2000, no Brasil, 0,8% da população idosa (103 mil) residia em instituições, 0,7% dela no Centro-oeste. Em Goiás, assim como no Brasil, há uma carência de instituições públicas, sendo a maioria filantrópicas, religiosas ou privadas. No período de 2006 a 2007, segundo pesquisa do Ipea (2008), nesse estado 62,4% das instituições eram filantrópicas. Apesar de a legislação brasileira determinar que o cuidado dos idosos dependentes deva ser de responsabilidade das famílias, isso tem ocorrido cada vez menos, em consequência da redução da fecundidade, das alterações na nupcialidade e da crescente atuação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho. O crescente aumento da expectativa de vida e esses novos arranjos familiares tendem a ampliar ainda mais a demanda por vagas nessas instituições (CAMARGOS, 2014).

A média do número de pessoas no domicílio foi de 3,1 ($\pm 1,0$), semelhante aos dados da Pnad de 2015, em que os domicílios brasileiros são constituídos de 3 (três) pessoas. Esse dado aponta que esse indicador tem como um dos fatores determinantes a diminuição do número de filhos.

Quanto ao número de cuidadores, a maioria (56%) tinha apenas um único cuidador e o tipo de cuidador familiar (75,2%) sendo menor que no estudo de Naves e Tronchin (2012) em que 97,3% deles eram familiares e semelhante à pesquisa de Barros (2012), com 76,1%. A maioria dos pacientes tinha baixa renda, não sendo possível, portanto, custear um cuidador formal. O cuidador familiar deixa, então, a sua participação no mercado de trabalho para poder cuidar, em tempo integral, do paciente, o que pode gerar estresse ao cuidador, sobrecarga, restrições e isolamento social, piora da qualidade de vida e uma dependência financeira sobre a renda do paciente (SOUZA et al., 2014).

A taxa de rehospitalização foi de 36,7%, não sendo possível obter dados completos sobre os motivos que levaram todos os pacientes a ela, pois alguns foram internados em outros hospitais da rede SUS e muitas vezes recebiam alta sem

relatório médico. Nesse caso, os cuidadores, devido à baixa escolaridade, não sabiam elucidar as razões.

Neste estudo não foi estatisticamente significativa a associação entre escolaridade, renda, número de cuidadores e número de pessoas que moram no domicílio com a reospitalização. Raros estudos sobre fatores de risco sociais e reospitalização foram encontrados na literatura. O estudo de Melo et al. (2014) evidenciou que quanto maior a renda e o nível de escolaridade, maior o acesso aos serviços básicos, incluindo à assistência à saúde.

O AVE foi a doença crônica mais frequente, com 56,9% dos casos, seguido por demência, com 11,9%, porém, ambas as associações não foram estatisticamente significativas para reospitalizações. Os pacientes admitidos são provenientes de um hospital referência em reabilitação e, por esse motivo, as doenças envolvem principalmente o sistema neurológico, o que justifica a alta taxa de AVE. A demência é uma síndrome cuja prevalência aumenta com a idade e, no estudo, 37,5% tinham 80 anos ou mais. Os dados, portanto, se assemelham ao estudo de Naves e Tronchin (2012) em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário do município de São Paulo, no qual o AVE, seguido por demência, foi o principal diagnóstico da admissão.

Já as doenças neuromusculares apresentaram associação significativa com reospitalização, sendo doenças neurodegenerativas e progressivas. Nessa categoria, a esclerose lateral amiotrófica é um tipo de doença cujas pessoas acometidas normalmente apresentam entre 40 e 70 anos. As internações hospitalares podem ocorrer devido a várias complicações, tais como insuficiência respiratória, broncoaspiração, fadiga, dor, espasticidade, laringoespasma, distúrbios do sono e infecções (BERTAZZI et al., 2017).

A maioria dos idosos apresentava alguma comorbidade (87,2%), com uma média de 2,2 comorbidades por paciente. Entre os que apresentavam comorbidades, o número de reospitalização foi maior do que os que não tinham. Estudo de Paz (2004) mostrou que 57,2% dos idosos tinham alguma comorbidade e, destes, 75,8% possuíam de uma a três comorbidades.

Um estudo realizado na Finlândia em idosos a partir de 63 anos, no período de 2009 a 2011, acompanhados por um serviço de cuidados domiciliares, identificou que

43% dos pacientes tiveram ao menos uma hospitalização no período de um ano. As principais comorbidades que foram fatores de risco independentes para hospitalizações foram: Doença de Parkinson, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer (RONNEIKKO et al., 2017).

As comorbidades resultam em aumento das hospitalizações, de seu custo e de suas complicações (GORZONI, 2012). Neste estudo, a comorbidade mais prevalente encontrada foi a hipertensão arterial (57,8%), seguida de depressão (32,1%). Ambas não tiveram relação estatisticamente significativa com rehospitalizações.

A hipertensão arterial é fator de risco para AVE e para demências e, portanto, o seu diagnóstico e tratamento são fundamentais. A pressão arterial não controlada após um AVE pode estar relacionada a uma variedade de fatores, incluindo não aderência, seleção inadequada de medicação, inércia clínica ou hipertensão resistente ou refratária ao tratamento (ROUMIE et al., 2015).

A depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do AVE, o que justifica a taxa elevada no estudo, estando associada com o aumento da mortalidade, maior prejuízo na funcionalidade e da linguagem, hospitalização mais prolongada e perda da qualidade de vida. Por esse motivo, são importantes o diagnóstico e o tratamento precoces, o que tem sido feito pelas equipes do estudo, principalmente por terem médicos geriatras e psicólogos. A etiologia é multifatorial: rede social precária, história de transtorno depressivo e história de AVE prévios, fatores psicológicos decorrentes dos prejuízos provocados pelas sequelas neurológicas, fatores hormonais (TERRONI et al., 2009).

A DPOC foi fator de risco independente para rehospitalização ($p: 0,008$), assim como no estudo de Ronneikko et al. (2017). Por esse motivo, medidas preventivas para evitar exacerbações e rehospitalizações devem ser realizadas, como, por exemplo, vacinação e reabilitação pulmonar.

As exacerbações da DPOC estão associadas ao aumento da morbidade e da mortalidade e tem um impacto socioeconômico significativo. Pacientes com exacerbações frequentes geralmente apresentam problemas de qualidade de vida e um declínio mais rápido na função pulmonar ao longo do tempo. As exacerbações graves que levam à internação constituem um risco de mortalidade durante a

internação e nos anos subsequentes. Os fatores de risco para exacerbações e reospitalizações são vários: diabetes, aumento na pressão da artéria pulmonar, cardiopatia, depressão, tabagismo ou ex-tabagismo, desnutrição, drogas psicotrópicas, falta de vacinação e de reabilitação pulmonar (GAUDE et al., 2015).

Em relação à presença de dispositivo auxiliar, 54,1% dos pacientes apresentava algum tipo, sendo que 52,3% eram portadores de gastrostomia e 28,4% de traqueostomia. É importante o conhecimento sobre o uso de dispositivos para qualificar os cuidadores e prevenir complicações como, por exemplo, infecções, broncoaspirações, extubações ou obstruções de sondas e cânulas e reospitalizações. Os pacientes que possuíam algum dispositivo auxiliar apresentaram mais reospitalizações (45,8%) do que aqueles que não possuíam nenhum (26%). Entre os dispositivos, a presença de traqueostomia, oxigênio e ventilação mecânica teve associação com maior reospitalização. Por sua vez, a presença de traqueostomia foi estatisticamente significativa após análise ajustada.

No estudo realizado na Unidade de Cuidados Prolongados e Paliativos de uma instituição hospitalar de Belo Horizonte, 36% dos pacientes possuíam traqueostomia, 46% sonda nasointestinal e 12% gastrostomia (SOUZA et al., 2014). Já o estudo de Naves e Tronchin (2012) avaliou a incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário, tendo sido observado que 49% dos pacientes portadores de gastrostomia sofreram extubação da sonda de gastrostomia durante os primeiros quatro meses e que 75,8% dessas extubações foram não programadas e motivadas, principalmente, pelo rompimento de balão seguido por retirada espontânea pelo paciente. Assim, há a necessidade de pesquisar questões que envolvem o tipo e a marca do material, o manuseio da sonda e/ou cânula pelo cuidador, a agitação psicomotora do paciente, a continuidade de programas periódicos de capacitação e avaliação da prática do aprendizado por parte do cuidador (NAVES; TRONCHIN, 2012).

Aqueles que apresentavam lesão por pressão correspondiam a 47,7%, número semelhante a outros estudos domiciliares (NAVES; TRONCHIN, 2012; SOUZA et al., 2014). No presente estudo, embora não tenha sido estatisticamente significantes, as reospitalizações ocorriam com mais frequência no grupo com lesão por pressão (46,2%) do que naqueles que não a tinham (28,1%). As internações são provavelmente para tratamento de infecção na lesão ou para debridamento cirúrgico

ou para fechamento com auxílio da cirurgia plástica gerando custos. Isso evidencia a importância da prevenção de lesões por pressão nos hospitais e no domicílio com a contínua instrução dos cuidadores. Sugere-se, para a prevenção de lesões: a mudança de decúbito, inspeção e hidratação da pele, controle de peso e proteção das proeminências ósseas, que pode levar a um desgaste físico do cuidador (PEREIRA et al., 2016). Já foi mostrado que a maioria dos pacientes possui apenas um único cuidador e são de baixa renda, levando novamente ao questionamento da necessidade de novas vagas em instituições públicas de longa permanência.

No presente estudo, 48,6% dos pacientes apresentaram algum tipo de infecção no período de acompanhamento e alguns tiveram mais de uma. A pneumonia foi a infecção mais prevalente, com 26,6%, seguida de infecção do trato urinário, com 16,5%. Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2017), no período de 2015 a 2017, as doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa mais comum de morbidade hospitalar nos idosos, as doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar. Dentre as doenças respiratórias, a causa mais frequente foram as pneumonias, com mais da metade dos casos, seguida pela DPOC.

Entre os idosos, as internações hospitalares por pneumonia são mais prolongadas, demandando antibióticos mais potentes e um custo mais alto. As medidas para prevenção de pneumonia incluem, além das vacinas contra influenza e antipneumocócica, o hábito de lavar as mãos e a esterilização adequada de cânulas, tubos, sondas e aparelhos para nebulização e ventilação. Devem também ser estabelecidas medidas para prevenção da aspiração e da colonização da orofaringe, tais como: higiene oral e cuidados dentários, identificação de pacientes com disfagia e aspirações silenciosas, evitar medicamentos sedativos e com ação anticolinérgica, colocar o paciente em posição sentada para as refeições e indicar nutrição enteral para evitar as macroaspirações (COSTA et al., 2011).

Nesta pesquisa, entre os pacientes que tiveram infecção, 66% foram rehospitalizados e 34% foram tratados no domicílio. Por ser um serviço especializado e de referência é possível inferir que, caso as infecções descritas nos prontuários não tivessem sido adequadamente manejadas no domicílio, poderiam ter ocasionado um número muito superior de rehospitalizações. Além disso, existem as infecções potencialmente evitadas pelo acompanhamento multiprofissional das equipes nesse centro devido às orientações feitas aos cuidadores e pacientes quanto aos cuidados, como, por

exemplo, manejo e higienização dos dispositivos auxiliares, prevenção de lesão por pressão e prevenção de broncoaspiração.

No período de acompanhamento deste estudo, 31,2% evoluíram para óbito, sendo que 64,7% ocorreram nos hospitais e 35,3% nos domicílios. Muitos óbitos que ocorreram no domicílio estavam em cuidados paliativos, porém, esses dados não foram analisados neste estudo. No estudo de Barros (2012), o número de óbitos foi de 48,4%. Essa diferença pode ser explicada pelo tempo de acompanhamento e pelo tipo de doenças. Ainda, em Barros o tempo de acompanhamento (12,2 meses) foi maior que neste estudo (5,4 meses) e entre as doenças estavam presentes as neoplasias com mais mortalidade.

Como limitação deste estudo, reconhece-se que o número da amostra e o tempo de seguimento ainda são pequenos, portanto, algumas associações podem não ter atingido significância estatística. Além disso, alguns pacientes que estavam em cuidados paliativos não foram aqui analisados.

8 CONCLUSÃO

Diante dos dados, pode-se concluir que o perfil de pacientes idosos atendidos no programa de AD do centro referência em reabilitação de Goiânia apresenta um percentual relevante com mais de 80 anos; poucos cuidadores; a principal doença crônica que levou à perda de funcionalidade foi a AVE; as principais comorbidades foram HA e depressão; a prevalência de pacientes com dispositivos auxiliares, lesão por pressão e intercorrências infecciosas foi elevada; o tempo médio de seguimento foi de 5,4 ($\pm 3,7$) meses e os fatores estatisticamente significantes relacionados às reospitalizações estão associados a problemas respiratórios (traqueostomia, DPOC e doenças neuromusculares).

Vários indicadores foram capazes de avaliar o programa de atenção domiciliar, com especial destaque para dois indicadores de resultado, a reospitalização e as infecções. Por isso são necessárias medidas institucionais que desenvolvam a qualidade para que esses indicadores possam melhorar.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propõe-se como uma das medidas para contribuir com a melhoria do SAD, o aumento da frequência de atendimento fonoaudiólogo e de fisioterapia respiratória e até mesmo atendimento odontológico. O atendimento desses profissionais poderá contribuir para diminuir intercorrências respiratórias, principalmente pneumonia broncoaspirativa e outras infecções de vias aéreas.

Quando os pacientes apresentam reospitalização deve-se estimular a solicitação de relatórios médicos de alta hospitalar para que as equipes da AD possam melhorar a efetividade no cuidado.

Sugere-se a ampliação de uma rede formal de suporte ao idoso que inclua a família, a comunidade e o estado, com o propósito de garantir uma melhor qualidade de cuidado para essa população. Isso significa a criação de uma rede formada por centros-dia, hospitais-dia, centros de convivência e cuidado domiciliar formal. Cada uma dessas alternativas atenderia necessidades diferenciadas.

Para aqueles idosos mais vulneráveis socialmente, ou seja, aqueles de baixa renda, com poucos cuidadores e alta dependência, pode-se recomendar o aumento do número de vagas em instituições de longa permanência.

Propõe-se que novos estudos na área de atenção domiciliar devam ser realizados, principalmente relacionando fatores sociais com reospitalizações. Do mesmo modo, mais estudos sobre o perfil dos pacientes atendidos, custos para manter programas de atenção domiciliar e cuidados paliativos domiciliares também são sugeridos.

Espera-se que este estudo possa aprimorar o SAD, e contribuir para novos programas domiciliares.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 83-89, 2008.
- ALENCAR, V. A. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a resospitalização no âmbito do SUS**. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 305-311, 2003.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- AMARAL, N. N. do et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.
- ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO. Disponível em: <http://www.agirgo.org.br/crer/>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- BAJOTTO, A. P. et al. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 311-317, 2012.
- BARROS, L. N. **Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: Perfil Clínico Epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010**. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- BASTOS, C. C.; LEMOS N. D.; MELLO, A. N. Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliária no município de São Paulo. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 205-224, 2007.
- BERTAZZI, R. N. et al. Artigo de revisão: esclerose lateral amiotrófica. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 4, n. 3, p. 54-65, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 fev. 2018.
- BRASIL. **Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em 10 fev. 2018
- BRASIL. **Decreto n. 9328, de 3 de abril de 2018**. Institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/562672948/decreto-9328-18>>. Acesso em 20 maio 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 5 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em 10 mar. 2018.

BRASIL. **Lei n. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006b.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS-DATASUS.** Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012b.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 510, de 07 de abril de 2016.** Diretrizes éticas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de saúde e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 5 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013a.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 5 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999.** Política de Saúde do Idoso. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em 8 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011a**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 5 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. 1998. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>. Acesso em: 1º fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011b**. Redefine atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006a**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002.

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Revista Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 58-71.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 211-217, 2014.

CARAMELLI, P. et al. **The Pietà study**: epidemiological investigation on successful brain aging in Caeté (MG), Brazil. Methods and baseline cohort characteristics. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 69, n. 4, p. 579-584, 2011.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- CHAMPEVAL, G. L'action sociale dans les SARD aujourd'hui. **Flash Info**, n. 34, 2012. Disponível em: <<https://www.antadir.com/uploads/editor/file/flash-info-n-34-l-action-sociale-dans-les-sard-aujourd-hui.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2018.
- COSTA, E. F. A. et al. Pneumonias. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 627-641.
- DI POLLINA, L. et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 53, 2017.
- ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- FERREIRA, P. **Saúde de Goiânia oferece serviço humanizado para atendimento domiciliar**. Secretaria Municipal de Goiânia, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/08/Saude-Goiania-oferece-servico-humanizado.shtml>>. Acesso em: 2 abr. 2018.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 180-188, 2008.
- GAUDE, G. S. et al. Outcomes associated with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disorder requiring hospitalization. **Lung India**, v. 32, n. 5, p. 465-472, 2015.
- GOMES, R. R.; SILVA, T. C. M. **Análise socioespacial dos idosos em Goiás**. Goiânia: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2014.
- GORZONI, M. L. et al. Comorbidade, multimorbidade e apresentações atípicas das doenças nos idosos. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 627-641.
- GRUNEIR, A. et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: a retrospective cohort study. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 154, 2016.
- GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annual Review of Public Health**, v. 17, p. 25-46, 1996.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.
- _____. **Indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002a.
- _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>acesso em 06 de abril de 2018>.
- _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Características das instituições de longa permanência para idosos** – região Centro-Oeste. Brasília: Ipea, 2008.

JENCK, S. F.; WILLIAMS, M. V.; COLEMAN, E. A. Rehospitalizations among patients in the medicare – Fee-for service program. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 14, p. 1418-1428, 2009.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 21, p. 914-919, 1963.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

MARTELLI, D. R. B. et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo HU em casa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, 2010.

MELO, N. C. V et al. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n. 1, p. 4-19, 2014.

NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 385, p. 117-171, 2015.

NAVES, L. K. **Avaliação da intubação gástrica dos usuários em um programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário**. 2010. 105p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NAVES, L. K.; TRONCHIN, D. M. R. Incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, 2012.

OCCELLI, P. et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomized trial. **BMC Geriatrics**, Londres, v. 57, n. 16, p. 1-9, 2016.

PAZIN-FILHO, A. et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 83, 2015.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

PEREIRA, M. O. et al. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 5, n. 2, 2016.

- REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, Suplemento 1, p. 231-42, 2005.
- RICARTE, A. L. Internação domiciliar prevista na lei n 10.424/02 e o dever constitucional do Estado em cumpri-la. **Revista de Administração Pública e Política**, v. 89, p. 31-32, 2005.
- RONNEIKKO, J. K. et al. Predictors for unplanned hospitalization of New Home Care Clients. **Jornal of America Geriatrics Society**, v. 65, n. 2, p. 407-414, 2017.
- ROUMIE, C. L. R. et al. Hypertension treatment intensification among stroke survivors with uncontrolled blood pressure. **Stroke**, v. 46, n. 2, p. 465-470, 2015.
- SANTOS, F. C. et al. Avaliação do risco de internação hospitalar de idosos da comunidade no município de Porto Alegre. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 839-852, 2014.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897, 2004.
- SCHWONKE, C. R. G. B.; SILVA, J. R. S.; CASALINHO, A. L. D. Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. XII, n. 1, p. 77-90, 2008.
- SILVA, J. C. Velhos ou idosos? **A terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 94-111, 2003.
- SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 3, n. 39, p. 391-397, 2005.
- SILVEIRA, R.E. da et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.11, n. 4, p. 514-520, 2013.
- SOUZA, I. C. P. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-180, 2014.
- TANNURE, M. C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 817-822, 2010.
- TERRONI, L. M. N. et al. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 3, p. 100-108, 2009.
- UNITED STATES CENSUS BUREAU. Department of Commerce, 2010. Disponível em: https://www2.census.gov/census_2010/04-Summary_File_1/.
- WHO – World Health Organization. **Active ageing – A policy framework**. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain: WHO, April 2002a.
- _____. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: WHO, 2017.
- _____. **Home care in Europe**. Milan, Italy: WHO, 2008.

_____. **Towards a common language for functioning, disability and health:** ICF. Geneva: WHO, 2002b.

_____. **World report on ageing and health.** Geneva, Switzerland: WHO, 2015

**UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**Pesquisador:** JACKELINE GOMES BORGES**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 64055317.9.0000.5083**Instituição Proponente:** NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.928.566**Apresentação do Projeto:**

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos. Ao longo dos anos o Brasil vem passando pelos processos de transição demográfica e transição epidemiológica. Como consequência, o número de idosos tem aumentado significativamente na população brasileira. Uma das maiores dificuldades do Sistema Único de Saúde (SUS) é a alta hospitalar ou transferência para instituições de longa permanência de pacientes crônicos com alta dependência (necessidade de auxílio para atividades básicas de vida diária), mas que já não requerem recursos diagnósticos e terapêuticos de nível terciário. A atenção domiciliar é um modelo de atendimento que auxilia na desospitalização otimizando os recursos de saúde, pois disponibiliza leitos hospitalares e diminui custos. A atenção domiciliar do Hospital referência em reabilitação do Centro-Oeste, localizado em Goiânia é um programa que teve início em 2014 e atende pacientes com diagnóstico firmado e portadores de doenças crônicas. Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de idosos crônicos atendidos em um programa de assistência domiciliar. Estudo será descritivo, observacional e transversal. A população a ser estudada serão os idosos (aqueles com idade igual ou superior a 60 anos) acompanhados em um programa de atenção domiciliar de uma instituição de reabilitação da cidade de Goiânia no período de março de

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131**Bairro:** Campus Samambaia**CEP:** 74.001-970**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3521-1215**Fax:** (62)3521-1163**E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.928.566

2014 a janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil clínico-epidemiológico de idosos crônicos atendidos em um programa de assistência domiciliar.

Objetivo Secundário:

Listar as principais doenças crônicas. Verificar a frequência de pacientes com traqueostomia e gastrostomia. Estimar a frequência de pacientes em uso de oxigênio ou ventilação mecânica. Mensurar a frequência de pacientes com lesão por pressão. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes idosos no programa e o desfecho (óbito ou alta). Levantar a frequência de intercorrências infecciosas e o uso de antibióticos em domicílio. Levantar a frequência de reinternações hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que o estudo não oferece riscos, uma vez que o estudo terá sigilo sobre as informações. Dados serão coletados por análise de prontuário.

Benefícios:

O estudo poderá ser um estímulo para a criação de novas equipes de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Goiás e a melhora do planejamento das assistências já existentes tendo uma importante repercussão para a área de Gestão em Sistema e Serviços de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo proposto: descritivo, observacional e transversal. População e amostra: A população a ser estudada serão os idosos (idade igual ou superior a 60 anos) acompanhados em um programa de atenção domiciliar de uma instituição de reabilitação da cidade de Goiânia no período de março de 2014 a janeiro de 2017.

Coleta de dados e aspectos éticos: Será solicitado o termo de anuência do Hospital e após a aprovação do comitê de ética primeiramente será acessado um cadastro que contém o número do prontuário de todos os pacientes que ingressaram no programa no período estabelecido (março de 2014 a janeiro de 2017). Posteriormente serão selecionados apenas os idosos e os dados serão coletados em prontuários. Serão acessados os prontuários eletrônicos (sistema utilizado é o MVpep). As variáveis serão: sexo,

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.928.566

idade, escolaridade, estado civil, saneamento básico, número de pessoas que moram no domicílio, renda familiar, doença que levou a perda da independência funcional do idoso, comorbidades, tempo de acompanhamento, presença de lesão por pressão, presença de traqueostomia e/ou gastrostomia, necessidade do uso de oxigênio ou ventilação mecânica em domicílio, frequência de doença infecciosa (registro de diagnóstico clínico ou laboratorial), número de reinternações, desfecho (alta ou óbito) Critérios de exclusão: serão excluídos do estudo pacientes com dados faltando. Análise de Dados: Os dados serão analisados pelo programa epiinfo. O estudo terá sigilo sobre as informações. Critério de Inclusão:

Idosos acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar no período de março de 2014 a janeiro de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de anuência assinado pelo diretor técnico do CRER, folha de rosto assinada pela Coordenadora do núcleo de estudos em saúde coletiva, termo de compromisso assinado pelos pesquisadores.

Os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE por ser um estudo observacional, descritivo e retrospectivo que empregará apenas observações de prontuários médicos e ou sistemas de observação institucional e ou demais fontes de dados e/ou informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico, 2) porque todos os dados serão manejados e avaliados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa, 3) porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo identificação dos participantes e 4) porque se trata de um estudo não intervencionista e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante da pesquisa e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos aos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para janeiro

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.928.566

de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856432.pdf	23/01/2017 22:22:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/01/2017 22:21:57	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	capa.docx	23/01/2017 22:11:38	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	23/01/2017 21:58:43	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.pdf	23/01/2017 21:57:41	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/01/2017 21:53:41	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/01/2017 21:51:33	JACKELINE GOMES BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 16 de Fevereiro de 2017

Assinado por: João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO B- Autorização da instituição co-participante

NBR ISO 9001:2008

CRER - Empresa com Sistema de Gestão da Qualidade
Certificado conforme a norma NBR ISO 9001:2008

Centro de Reabilitação e
Readaptação Dr. Henrique Santillo



AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR” de responsabilidade da pesquisadora **Jackeline Gomes Borges**, e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Goiânia 20/01/2017

Atenciosamente,

FABRICCIO QUEIROZ CORREA

Diretor Técnico do CRER



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Av. Vereador José Monteiro, 1655
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO
CEP: 74653-230 SAC:(62) 3232-3232
Fone: (62)3232-3000 Fax:(62) 3232-3003
www.agirgo.org.br/crer
crer@crer.org.br

APÊNDICE A- Termo de compromisso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP



TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que cumprirei os requisitos da *Resolução CNS n.º 466/12* e/ou da *Resolução CNS n.º 510/16*, bem com suas complementares, como pesquisador(a) responsável e/ou pesquisador participante do projeto intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**”. Comprometo-me a utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e, ainda, a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Data: 23/05/17

<i>Nome do(a) Pesquisador(a)</i>	<i>Assinatura Manuscrita ou Digital</i>
1. <i>Isabelina Gomes Borges</i>	<i>Isabelina Gomes Borges</i>
2. <i>ELIAS ABAS NETO</i>	<i>[Assinatura]</i>
3.	
4.	

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,
Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.
E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

APÊNDICE B- Ficha

Ficha

Sexo: Feminino MasculinoIdade: 60 a 74 anos 75 a 84 anos 85 anos ou maisEstado Civil: Casado (a) Solteiro (a) Viúvo (a)
 Divorciado (a) / Desquitado (a)Escolaridade: Analfabeto (a) 1 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 12
anos 13 ou mais 6) IgnoradaNúmero de pessoas que moram no domicílio incluindo o paciente: 2
 3 a 5 5 a 7 mais de 7Renda Familiar: até 1 salário mínimo 2 a 4 salários mínimos
 5 a 6 salários mínimos mais de 6 salários mínimosDoença que levou a perda funcional: Sequela de Acidente Vascular
Encefálico Sequela de Traumatismo Crânio-Encefálico
 Sequela de Traumatismo Raqui-Medular Demência
 Doença de Parkinson Doença do Neurônio Motor
 Neoplasias 7) Encefalopatia 8) OutrasComorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus
 Cardiopatia Osteoporose Osteoartrose
 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Depressão
 Nenhuma Outras demência Parkinson DLP
tireoidopatiaTraqueostomia: Sim NãoGastrostomia: Sim NãoOxigênio: Sim Não

Ventilação Mecânica: () Sim () Não

Lesão por pressão: () Sim a() 1 a 2 b() 3 a 5 c() > 5 () Não

Infecção: () Sim () tratamento domiciliar () tratamento hospital () Não

Tipo de infecção: () Pneumonia () Traqueobronquite () Infecção do trato urinário () Infecção em Gastrostomia () Outras

Reospitalização hospitalar: () Sim () Não

Tempo de acompanhamento: () 1 a 3 meses () 4 a 6 meses
() 7 a 10 meses () 11 a 12 meses () > 12 meses

Desfecho: () Óbito a() domicílio b() hospital () Alta

Número de Cuidadores: () 1 () 2 () 3 () > 4

Tipo de cuidador principal: () Familiar () Não familiar