

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

RENATA MOREIRA RIPARI

**PERFIL DOS USUÁRIOS ACAMADOS ELEGÍVEIS PARA ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES, 2019 – 2020.**

**VITÓRIA
2022**

RENATA MOREIRA RIPARI

**PERFIL DOS USUÁRIOS ACAMADOS ELEGÍVEIS PARA ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES, 2019 – 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima

VITÓRIA

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R588p Ripari, Renata Moreira, 1993-
Perfil dos usuários acamados elegíveis para assistência domiciliar no município de Vitória - ES, 2019-2020 / Renata Moreira Ripari. - 2022.
68 f. : il.

Orientadora: Eliane de Fátima Almeida Lima.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde pública. 2. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. 3. Crianças com paralisia cerebral - Cuidados de saúde domiciliares. 4. Doentes terminais - Cuidados de saúde domiciliares. I. Lima, Eliane de Fátima Almeida. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

RENATA MOREIRA RIPARI

**PERFIL DOS USUÁRIOS ACAMADOS ELEGÍVEIS PARA ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES, 2019 – 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Aprovada em 27 de abril de 2022.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof.^a Dra. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro externo

Prof.^a Dra. Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro interno

Prof.^a Dra. Mara Rejane Barroso Barcelos
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Suplente externo

Prof.^a Dra. Flávia Batista Portugal
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Suplente interno

Dedico esta pesquisa a todos os pacientes acamados que eu já atendi e a seus familiares.

Obrigada por me mostrarem a beleza e a necessidade do atendimento domiciliar.

AGRADECIMENTOS

Cursar um mestrado envolve estudo, pesquisa, leituras, aulas, dedicação, abnegação, incertezas e também alegrias. Cursar um mestrado durante a pandemia envolve ainda mais desafios, necessidade de se reinventar e superação. Mesmo quando parecia que estava dando tudo errado, a convicção de que no final tudo daria certo sempre me acompanhou. E eu devo isso a pessoas especiais, que estiveram comigo em todos os momentos.

Em primeiro lugar, minha eterna gratidão a Deus, o melhor autor da minha história, que me conduziu até este momento. Ele trouxe dois paulistas recém-casados para morar no Espírito Santo e, com isso, possibilitou a realização de um sonho meu: ser Mestre. Ele acalmou o meu coração em tantos momentos. Obrigada, Senhor!

Agradeço também à minha família, em especial meu marido Henrique Ripari e meus pais José Claudio Moreira e Solange Castiglione Moreira. Sempre acreditaram em mim, oram e torcem pelos meus sonhos e minha felicidade. Obrigada por todo incentivo, apoio, palavras de conforto e ânimo, que fizeram a diferença!

Gratidão às minhas eternas amigas da faculdade e às novas amigas que o Mestrado me proporcionou: Ana Clara Garcia Marton e Lorena Evangelista Santos. Compartilhamos momentos, aulas, trabalhos, problemas e alegrias. Com certeza, a caminhada foi mais leve devido à amizade que construímos.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima, pelas orientações que contribuíram para este trabalho existir. Desde a ideia do projeto até sua conclusão seguimos juntas, e sou grata por isso. Um agradecimento especial a Sheila Cristina de Souza Cruz e Dilzilene Cunha Sivirino, orientandas da Prof.^a Eliane, que me auxiliaram muito na coleta de dados do projeto. Sem vocês este trabalho não existiria!

E, por fim, meu profundo agradecimento a todos os pacientes acamados que eu já conheci. O atendimento domiciliar é um mundo especial que me ensinou muito como profissional e ser humano. Este trabalho foi feito para que mais pessoas tenham acesso à saúde de que necessitam, dentro de suas próprias casas.

Um paciente não é só um paciente.
Ele é o amor de alguém.
O pai de alguém.
A mãe de alguém.
O filho de alguém.
Avô, avó de alguém.
O melhor amigo de alguém.
O amor da vida de alguém.
Nossa missão é a todo instante cuidar
e fazer de tudo pelo amor da vida de alguém!

(Autor desconhecido)

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, tem-se notado um aumento da expectativa de vida da população no Brasil e no mundo. Sendo assim, ações voltadas à população idosa e aos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis são fundamentais para melhorar a sua qualidade de vida. A modalidade de atendimento domiciliar favorece o tratamento desses pacientes, que muitas vezes têm dificuldades de locomoção. Em 2011, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa, para estruturação da Atenção Domiciliar (AD). A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde prestada no domicílio, integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), envolvendo ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde. **Objetivo:** Traçar o perfil dos usuários acamados que necessitam de atendimento domiciliar no município de Vitória – ES. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória-ES. Realizou-se a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes acamados elegíveis para assistência domiciliar, por meio dos prontuários eletrônicos da Rede Bem-Estar. Os dados coletados foram referentes aos anos de 2019 e 2020. **Resultados:** No período estudado, encontraram-se 298 pacientes acamados que necessitavam de atendimento domiciliar. A maioria desses pacientes era do sexo feminino, idosos acima de 75 anos, brancos, casados ou em união estável, com risco familiar médio e alto índice de vulnerabilidade clínico-funcional. **Considerações finais:** A partir dos dados coletados, é possível a elaboração de protocolos e fluxogramas para realizar a implementação do Programa Melhor em Casa no referido município. Caracterizar o perfil dos pacientes a serem atendidos no programa permite o direcionamento das equipes, visando prestar atendimento de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Pacientes Domiciliares; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, an increase in the life expectancy of the population in the world has been noticed in Brazil. Thus, disease increases their quality of life and diseases are not fundamental to their quality of life. A home care modality favors the treatment of these patients, who often have mobility difficulties. In 2011, the Federal Government launched the Better at Home Program, for structuring Home Care. Home Care is a modality of health care at home, integrated into the networks of health care actions, treatment of diseases, assistance, palliation and health promotion. **Objective:** To outline the profile of bedridden users who provide home care in the city of Vitória – ES. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive research with an analysis approach. The research was developed in the city of Vitória – ES. The epidemiological profile of bedridden patients eligible for home care was identified through electronic medical records. The data collected refer to the years 2019 and 2020. **Results:** Most patients were female, the same above 75 vulnerability, white, married or stable, with medium family risk and high clinical-functional index. **Final Considerations:** From the data collected, it is possible to develop protocols and flowcharts to implement the Better at Home Program in that municipality. Characterizing the profile of patients to be treated in the program allows the direction of the teams, aiming to provide quality care.

KEYWORDS: Palliative Care; Home Patients; Public Health Policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das patologias de acordo com a Classificação Internacional de Doenças no período de 2019 a 2020	26
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos pacientes com indicação de participar do Programa Melhor em Casa	27
Tabela 3 – Distribuição dos idosos pelo IVCF – 20	30
Tabela 4 – Características clínicas dos pacientes com indicação de participar do Programa Melhor em Casa	32

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AD - Atenção Domiciliar
APS – Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIPAP - *Bilevel positive airway pressure*
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHS - Carga horária semanal
CID – Classificação Internacional de Doenças
COVID-19 – Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CPAP – *Continuous positive airway pressure*
CRAI – Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia Saúde da Família
GTT – Gastrostomia
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC – Insuficiência Renal Crônica
IVCF – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
LPP – Lesão por Pressão
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNE – Sonda Nasoenteral

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO	6
3. REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	7
3.2. PROGRAMA “MELHOR EM CASA” NO BRASIL.....	13
4. METODOLOGIA	18
4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	18
4.2 LOCAL	18
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS.....	19
4.5 VARIÁVEIS	19
4.5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	19
4.5.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE 1	41
ANEXO A	52
ANEXO B	53
ANEXO C	57
ANEXO D	58

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, houve um aumento da expectativa de vida da população, sendo que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal causa de morte (SOUZA et al., 2018).

Nesse período, o Brasil vem sofrendo uma série de mudanças nos âmbitos econômico, político e social, impactando diretamente a saúde da população. A partir da Constituição de 1988 e do reconhecimento da saúde como um direito, ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir o acesso à saúde de forma universal, gratuito e abrangente no território nacional (VIACAVA et al., 2018; SOUZA et al., 2018).

Nesse atual panorama da saúde, ações voltadas à população idosa e aos indivíduos com DCNT ganharam destaque e relevância, visando melhorar a sua qualidade de vida. A assistência em cuidados paliativos apresenta-se como um cuidado integral desses indivíduos, distanciando-se da medicina curativa e promovendo a prevenção e o controle de sintomas para aqueles que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. Essa assistência envolve o paciente e seu entorno, incluindo familiares, cuidadores e profissionais de saúde (GOMES; OTHERO, 2016).

A ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e propostas de serviços de atendimento domiciliar terapêutico e de cuidados paliativos ganharam força para atender essa nova demanda da população. Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e tiveram uma grande expansão no país a partir da década de 1990. Com essa expansão, tornou-se necessário o regulamento do serviço domiciliar para ser integrado às políticas públicas do SUS (SILVA et al., 2010).

Destacam-se, como marcos no avanço da atenção domiciliar no SUS, os seguintes eventos: (i) em 1998, a publicação da Portaria n.º 2.416, que estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e os critérios para internação domiciliar no SUS; (ii) em 2002, o estabelecimento da Lei n.º 10.424, que regulamentou a assistência domiciliar no SUS; e (iii) em 2011, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa mediante a Portaria n.º 2.029.

Apesar de o Programa Melhor em Casa ter sido lançado em 2011, poucos municípios brasileiros possuem o programa bem estabelecido e em

funcionamento. Mesmo assim, já existem resultados satisfatórios, como em 19 municípios de Minas Gerais, os quais relataram que os Serviços de Atenção Domiciliar têm contribuído para atender às demandas dos usuários, superando as dificuldades de acesso a outros serviços, configurando-se um novo espaço de cuidado, e garantindo a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos (SILVA et al., 2017).

Desde 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa, a Atenção Domiciliar no SUS foi instituída de forma sistêmica, integrando os atendimentos domiciliares a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo a Atenção Básica a orientadora do cuidado e da ação territorial (BRASIL, 2014).

Em 2018, o Ministério da Saúde dispôs sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, por meio da Resolução n.º 41. Destaca-se que a atuação deve ser em equipe multidisciplinar e abranger todos os níveis de atenção de saúde, com ênfase na Atenção Básica, domiciliar e integrada aos serviços especializados. Essa Resolução ainda orienta sobre a indicação da assistência domiciliar: pessoas restritas ao leito ou ao domicílio que necessitam de cuidados paliativos.

Dentre as vantagens da Atenção Domiciliar mencionadas por alguns autores, Oliveira e Kruse (2017) destacam a segurança que o ambiente domiciliar traz aos pacientes, promovendo humanização no atendimento, pois a casa é um local seguro e melhor para eles, ficando mais próximos da família. Além disso, diminui o risco de infecções hospitalares e possibilita a desospitalização de pacientes internados, sendo comprovadamente eficaz para a redução de despesas, melhorando a gestão dos recursos públicos (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019).

Diante do exposto e da experiência profissional da autora com serviço de atendimento domiciliar no setor privado, emergiu a seguinte questão: Qual o perfil dos pacientes que necessitam da atenção domiciliar no município de Vitória-ES? Este projeto busca responder ao questionamento.

2 OBJETIVO

Traçar o perfil dos usuários acamados elegíveis para assistência domiciliar no município de Vitória – ES, no período de 2019 a 2020.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A nova realidade demográfica brasileira é marcada pela redução da taxa de fecundidade e pelo aumento da longevidade da população, resultando no crescimento do número de idosos. O incremento da esperança de vida dos idosos envolve políticas de saúde e previdência social para atender essa população (SIMÕES, 2016). Esse alargamento do topo da pirâmide etária tem relação ainda com o aumento dos índices de doenças complexas e onerosas, típicas da população mais idosa. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão cada vez mais frequentes, causando limitações funcionais e incapacidades (SCHENKER; COSTA, 2019).

Dessa forma, é fundamental a criação e execução de políticas públicas voltadas especificamente a segmento populacional. Schenker e Costa (2019) destacam que as demandas de saúde dos idosos envolvem os serviços de prevenção, controle de doenças e promoção do envelhecimento de forma ativa e saudável, favorecendo sua autonomia e qualidade de vida. A Atenção Primária à Saúde (APS) – a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) – tem grande importância no atendimento desse grupo populacional (BRASIL, 2017a). Destaca-se que Atenção Básica (AB) é utilizada como termo equivalente à APS:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p. 2).

Os serviços e sistemas de saúde necessitam considerar questões como o manejo do autocuidado dos pacientes, a longitudinalidade da atenção, a atuação multiprofissional e a integralidade no cuidado. A integralidade envolve duas dimensões: vertical e horizontal. A primeira engloba uma visão holística do paciente, contemplando questões biológicas/físicas, emocionais/psicológicas e sociais. A segunda diz respeito à organização da assistência, integrando serviços de baixa, média e alta complexidade, articulados em redes. Especialmente no

caso da saúde do idoso, a integralidade nas ações da RAS garante a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de incapacidades (MEDEIROS et al., 2017).

A APS destaca-se na prevenção e acompanhamento das DCNT, uma vez que realiza melhor gerenciamento do cuidado, reduzindo internações desnecessárias ou mesmo idas à emergência/unidades de pronto-atendimento (SCHENKER; COSTA, 2019). Dessa forma, o atendimento integral oferecido pela APS é de extrema importância.

A equipe multiprofissional contribui para a integralidade do cuidado. Segundo Franke, Janiski e Haas (2018), o surgimento das equipes multiprofissionais relaciona-se à busca de uma assistência integral e humanizada. As autoras ainda afirmam que em todos os níveis de atenção à saúde é necessária uma atuação multidisciplinar, desenvolvendo um olhar mais amplo às demandas dos pacientes, permitindo múltiplas abordagens e distanciando-se do modelo assistencial curativo.

A atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar permite a discussão dos casos com diversidade de profissionais que apresentam opiniões e visões diferentes, visando a melhora do paciente em questão e um melhor cuidado ofertado (SANTOS et al., 2020).

Privilegiando a humanização nos atendimentos, redução de custos e racionalização da utilização dos leitos hospitalares, a Atenção Domiciliar desponta no contexto mundial como uma tendência (BRAGA et al., 2016).

Desde a Idade Média, na Europa, o cuidado domiciliar já existia, antes mesmo da institucionalização dos hospitais. A atenção domiciliar surgiu como prática institucionalizada nos Estados Unidos, em 1947, partindo da necessidade de reduzir os pacientes internados nos hospitais e criar um ambiente mais favorável à sua recuperação. Entretanto, a expansão mundial da atenção domiciliar só ocorreu devido à transição demográfica e epidemiológica (BRASIL, 2014).

A partir da década de 1990, no Brasil, o serviço de cuidado domiciliar começou a se organizar e se expandir, trazendo a necessidade da regulamentação de seu funcionamento (BRASIL, 2014). Em 1998, foi publicada a Portaria n.º 2.416, que definia requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Essa Portaria iniciou as discussões de políticas públicas voltadas ao atendimento domiciliar.

Em abril de 2002, foi sancionada a Lei n.º 10.424, que acrescentou à Lei Orgânica da Saúde dispositivo jurídico legal para instituir, no SUS, o atendimento e a internação domiciliar (BRASIL, 2002). Essa lei reforça a importância da atuação multidisciplinar nos diferentes níveis de atenção à saúde: preventiva, terapêutica e reabilitadora.

A assistência domiciliar consiste nos cuidados realizados em espaços não tradicionais de saúde, como os hospitais e ambulatórios, transferindo esse cuidado para a residência do usuário e, na maioria das vezes, seus familiares ou cuidadores informais (SILVA et al. 2017).

A Atenção Domiciliar é um importante elo da atenção à saúde, apesar de todos os desafios para o pleno atendimento das demandas que surgem no contexto domiciliar. Autonomia, acesso e qualidade de vida estão entre os benefícios da atenção domiciliar (SILVA et al., 2017).

A desocupação de leitos hospitalares e a consequente redução de despesas nos hospitais também são bons resultados da Atenção Domiciliar. Nishimura, Carrara e Freitas (2019) afirmam que programas de atendimento domiciliar reduzem as despesas com internação, principalmente em grupos de risco e de maior vulnerabilidade, evidenciando a eficácia de políticas públicas nesse quesito.

Santos et al. (2020) comentam sobre a desospitalização de pacientes com posterior seguimento do acompanhamento na assistência domiciliar. Os pacientes são melhores assistidos e os atendimentos realizados na residência geram benefícios para todos os envolvidos no processo de reabilitação. Os autores ainda destacam que, previamente ao Serviço de Atenção Domiciliar, os pacientes permaneciam por mais tempo nas unidades hospitalares, gerando dificuldades a eles e ao sistema de saúde. Além de que, após a alta hospitalar, muitos pacientes ficavam desassistidos, pois a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui uma demanda alta, dificultando a atuação com esses indivíduos.

Mesmo diante de tantos benefícios, o atendimento domiciliar também apresenta fragilidades. Procópio et al. (2019) trazem à reflexão que, apesar dos avanços na legislação regulamentadora a Atenção Domiciliar, a oferta desses atendimentos está muito aquém das necessidades dos usuários, porquanto não fez parte do projeto original do SUS, sendo uma modalidade complementar de atenção à saúde. As autoras destacam os principais desafios da Atenção Domiciliar: articulação com a Rede de Atenção à Saúde e relacionamento com o cuidador

familiar.

Braga et al. (2016) também comentam sobre os dilemas dos cuidadores informais, sem vínculo empregatício, geralmente familiares dos pacientes. A sobrecarga física e emocional de assumir integralmente os cuidados de alguém dependente para as atividades de vida diária, associada ao abandono de emprego ou administração de gastos com o cuidado contribuem para casos de depressão, ansiedade, fadiga, alterações musculoesqueléticas. Nesse contexto, vê-se a necessidade de cuidar de quem cuida, proporcionando-lhes uma mínima formação, além da possibilidade de criar espaços de escuta e acolhimento.

A equipe multiprofissional responsável pelos pacientes em assistência domiciliar precisa capacitar e supervisionar os cuidadores. O vínculo entre os profissionais, familiares, cuidadores e pacientes é essencial para a efetivação e o sucesso da assistência domiciliar (SOUSA et al., 2021).

Em 2011, o Governo Federal lançou o Programa Melhor em Casa por meio da Portaria n.º 2.029 (BRASIL, 2011). O Programa Melhor em Casa visa oferecer a segurança do atendimento hospitalar no conforto da residência dos pacientes.

Posteriormente, outras portarias foram criadas, substituindo a portaria inicial. Citam-se aqui as seguintes: Portaria n.º 2.527, de 2011; Portaria n.º 1.533, de 2012; Portaria n.º 963, de 2013. Atualmente, a Atenção Domiciliar é regida pela Portaria n.º 825, de 2016. As atualizações nas portarias foram no sentido de permitir que municípios com menor porte populacional também pudessem ter serviços de AD, além da reorganização do serviço.

A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, é dividida em três modalidades, definidas a partir do tipo de cuidado necessário ao paciente: nível de complexidade e frequência dos atendimentos. As três modalidades são: AD tipo 1 (AD1), AD tipo 2 (AD2) e AD tipo 3 (AD3).

A AD1 destina-se aos pacientes que precisam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, pressupondo-se estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A responsabilidade desses atendimentos é das equipes de Atenção Básica, mediante acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. As equipes de Atenção Básica deverão ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASFs), ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação, se necessário (BRASIL, 2016).

A AD2, por sua vez, atende pacientes com indicação de atendimento domiciliar e intenção de abreviar ou evitar hospitalização, apresentando afecções agudas ou crônicas agudizadas e necessidade de cuidados intensificados e sequenciais. Entre eles, citam-se: tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, de acordo com o grau de comprometimento causado pela doença, demandando no mínimo atendimento semanal; cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, para controle de dor e sofrimento do usuário; ou bebês com histórico de prematuridade e baixo peso, necessitando de ganho ponderal (BRASIL, 2016).

Por fim, a AD3 atende aos usuários com as situações listadas na modalidade AD2, que necessitam de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade, como ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea, por exemplo. São pacientes que demandam maiores períodos de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016).

O atendimento das modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD é um serviço complementar aos cuidados da Atenção Básica e dos atendimentos de urgência, de forma substitutiva ou complementar à internação hospitalar, sendo responsável pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs). Os usuários atendidos pela AD têm direito garantido a atendimento, transporte e retaguarda para unidades assistenciais 24 horas, em caso de intercorrências (BRASIL, 2016).

A Portaria n.º 825, de 2016, também descreve as situações que tornam o usuário inelegível para a AD, considerando as seguintes necessidades: de monitorização contínua; de assistência contínua de enfermagem; de propedêutica complementar, com possível demanda para realizar vários procedimentos diagnósticos em sequência, com urgência; de tratamento cirúrgico urgente; ou de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos que a equipe não estiver apta a realizar esse procedimento (BRASIL, 2016).

Sobre as equipes multiprofissionais que compõem a SAD, não é possível

implementar uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. A EMAD pode ser do tipo 1 ou 2. A composição mínima da EMAD tipo 1 é de profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de no mínimo 40 horas por equipe, enfermeiro(s) com somatório de CHS mínima de 40 horas por equipe, fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS mínima de 30 horas por equipe, e auxiliares ou técnicos de enfermagem com somatório de CHS mínima de 120 horas por equipe (BRASIL, 2016).

A EMAD tipo 2 tem a composição mínima de médico com CHS mínima de 20 horas, enfermeiro com CHS mínima de 30 horas, fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS mínima de 30 horas, e auxiliares ou técnicos de enfermagem com somatório de CHS mínima de 120 horas. O atendimento da EMAD deve ser realizado no mínimo uma vez por semana a cada usuário (BRASIL, 2016).

A composição mínima da EMAP é de três profissionais de nível superior entre as seguintes profissões: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. A soma das CHS dos componentes da EMAP é de no mínimo 90 horas, sendo que nenhum profissional pode ter a CHS inferior a 20 horas. A EMAP é acionada apenas com indicação clínica da EMAD, a fim de dar suporte e complementar suas intervenções. As equipes precisam de infraestrutura para seu funcionamento, contemplando equipamentos, material permanente e de consumo, aparelho telefônico e veículo para locomoção (BRASIL, 2016).

Quanto à habilitação do SAD, o município necessita ter: uma população igual ou maior que 20 mil habitantes, tomando como base o último censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); hospital de referência no município ou na região; e cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Municípios com menos de 20 mil habitantes podem se agrupar com outros municípios, desde que seja acordado nas comissões responsáveis. Municípios com mais de 40 mil habitantes poderão ter a EMAD tipo 1, enquanto aqueles com menos de 40 mil, a EMAD tipo 2. Em municípios com mais de 150 mil habitantes, é possível ter mais de uma EMAD. Existe um incentivo financeiro de custeio previsto para cada equipe, repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Destaca-se que na data de publicação da Portaria n.º 825, de 2016, não havia

nenhuma equipe habilitada para atendimento domiciliar no estado do Espírito Santo (ES). Tal fato evidencia a relevância deste estudo na cidade de Vitória, capital do ES.

Apesar de não ter instituído o Programa Melhor em Casa, o município de Vitória realiza visitas domiciliares prioritariamente aos pacientes acamados, porém não existem, para análise, dados sistematizados sobre essas visitas. Durante a pandemia de COVID-19, as visitas domiciliares foram suspensas no município; Ressalta-se, entretanto, a vacinação domiciliar realizada na população idosa acamada. No Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2020, consta que a cobertura vacinal dessa população contra Influenza foi de 96,71% (VITÓRIA, 2020). Destaca-se que no momento de finalização desta pesquisa não estava disponibilizado o RAG de 2021, por isso os dados não se encontram atualizados. Previamente à pandemia, a frequência média das visitas era mensal ou quinzenal. O Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CRAI) de Vitória é um serviço especializado, de média complexidade, com vagas reguladas para atendimento interdisciplinar aos idosos. Não é um serviço de atendimento domiciliar, todavia também realiza visitas domiciliares, normalmente em equipe formada de médico, fisioterapeuta e nutricionista. Todos os pacientes acamados com via alternativa de alimentação (SNE ou gastrostomia) e que recebem a dieta enteral pela Prefeitura Municipal de Vitória são visitados pelo nutricionista. Essas visitas domiciliares sempre devem ser acompanhadas por algum profissional da unidade de saúde referência do paciente.

3.2 PROGRAMA MELHOR EM CASA NO BRASIL

Conforme levantamento realizado em 2013, pelo Ministério da Saúde, constatou-se que o Programa Melhor em Casa estava presente em 226 municípios, com 642 equipes de atuação, sendo 426 EMADs e 216 EMAPs, representando cerca de 42 milhões de brasileiros atendidos por esse serviço de Atenção Domiciliar de referência (BRASIL, 2014).

Seis anos depois, em janeiro de 2019, o Programa Melhor em Casa estava funcionando em 412 municípios, com 1100 equipes de atuação, tendo abrangência potencial de aproximadamente 28% da população brasileira (SANTOS et al., 2020). Nota-se que o programa está em pleno crescimento e disseminação por todo o país.

Em 2020, o Programa Melhor em Casa foi habilitado no município de Vila Velha-ES, possibilitando a oferta de assistência de saúde nos domicílios de forma qualificada e especializada, realizando um cuidado seguro, de qualidade e humanizado aos pacientes em cuidados paliativos, contribuindo para a desospitalização precoce (VILA VELHA, 2021).

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

No RAG do estado do Espírito Santo, referente ao ano de 2020, consta a meta de implantar dez equipes de atendimento do Programa Melhor em Casa em parceria com os municípios e cofinanciamento estadual (ESPÍRITO SANTO, 2020). O relatório afirma que a meta foi cumprida, mediante a implantação do Programa, iniciada em sete municípios: Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina e São Mateus (com uma equipe em cada); Serra, Vila Velha e Vitória (com duas equipes em cada).

Encontrou-se inconsistência entre esses relatórios, uma vez que no município de Vitória não houve a implantação de nenhuma equipe do Programa Melhor em Casa até o momento.

Para aderir ao Programa Melhor em Casa, o município interessado solicita, ao governo federal, um levantamento de custeios das equipes envolvidas, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS). A gestão municipal deve informar sobre os dados demográficos e epidemiológicos do município, objetivos, quantidade de equipes, profissionais, estruturação da rede municipal, infraestrutura, educação permanente dos profissionais e suporte aos cuidadores (SANTOS et al., 2020).

Dados gerados pelo Ministério da Saúde, em 2017, indicam que quase 70% dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, em nível nacional, são idosos, ou seja, pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2017b). Sabe-se que, devido ao avanço da idade, há maiores índices de suscetibilidade às doenças crônicas não transmissíveis, não obstante o aumento da expectativa de vida da população. Os fatores de risco da fase adulta predispõem os idosos a serem

acometidos por doenças e agravos crônicos quando alcançam a senilidade (ARAÚJO et al., 2019).

O programa atende, principalmente, pessoas de baixa renda, cumprindo um papel social importante nos serviços públicos de saúde. Uma parte representativa dos pacientes apresenta dependência física e/ou emocional, exigindo cuidados especiais. O grau de satisfação dos pacientes é alto, uma vez que 95% dos pacientes pesquisados recomendariam o serviço de atendimento domiciliar para amigos ou familiares (BRASIL, 2017b).

Araújo et al. (2019) verificaram que 57% dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa, no município avaliado por eles, em Goiás, eram do sexo masculino. Os autores consideraram que esse achado vai de encontro ao fato da baixa procura dos homens aos serviços de saúde – muitas vezes apenas em momentos de agudização da doença, quando a prevenção já não é mais possível –, fato que tem relação sócio-histórica nessa barreira do processo de saúde do homem.

As principais patologias encontradas em usuários do Programa Melhor em Casa, no município de Sobral-Ceará, foram as doenças crônicas: sequelas de acidente vascular cerebral (AVC) e doença de Alzheimer (SILVA; FREITAS; GOYANNA, 2018).

O AVC tem uma alta prevalência, sendo a segunda causa de morte em nível mundial, e responsável por um grande impacto na funcionalidade das pessoas sobreviventes. Cerca de 40% dos pacientes pós-AVC ficam com deficiência moderada a grave, necessitando de cuidados especializados, e 10% precisam de cuidados a longo prazo (RELHAS et al., 2018).

Em relação à doença de Alzheimer, Araujo (2020) comenta sobre as alterações esperadas: perda de memória, afasia (perda da capacidade de expressar-se pela fala), agnosia (dificuldade em reconhecer objetos) e apraxia (distúrbio neurológico que afeta o ato motor da fala). Por conta dessas alterações, a pessoa com a doença de Alzheimer é incapaz de realizar atividades de vida diária sem auxílio.

Santos et al. (2020) encontraram pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa no município de Cristiano Castro, Piauí, com histórico de morbidades crônicas e desenvolvimento de complicações associadas – pacientes diabéticos e hipertensos acamados apresentando lesão por pressão (LPP), pacientes com câncer, sequelados pós-AVC, com insuficiência cardíaca congestiva (ICC),

vítimas de trauma ou casos pós-cirurgias.

Num estudo realizado em município da região Sudoeste de Goiás, verificou-se que os principais diagnósticos dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa foram: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), neoplasias e traumatismo craneencefálico (TCE). Os autores listaram todas as doenças encontradas: abdome agudo, Alzheimer, AVC, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), epilepsia, gangretite aguda, Machado Joseph, meningite, paraplegia, Parkinson, senilidade, silicose, hipertensão pulmonar, Insuficiência Renal Crônica (IRC) e úlcera de decúbito (ARAÚJO et al., 2019).

Pelas características das doenças mais frequentes nos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, em algumas cidades brasileiras, justifica-se a necessidade da assistência domiciliar nesses casos.

As equipes do Programa Melhor em Casa – EMADs e EMAPs – consideram o diagnóstico e o histórico médicos do paciente, então realiza-se uma discussão do caso com todos os profissionais da equipe, elaborando-se um planejamento estratégico para alcançar o melhor plano terapêutico, de forma individualizada (SANTOS et al., 2020).

Estudos foram realizados sobre a implantação e características do programa em diferentes localidades no Brasil. Conhecer as experiências vivenciadas em serviços de todo o país é uma forma de aperfeiçoar o programa e refletir sobre a forma do mesmo ser iniciado em outros municípios que ainda não possuem a assistência domiciliar.

Ortega et al. (2017) avaliaram o uso da dieta enteral industrializada nos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, numa cidade do interior de São Paulo. As autoras constataram que houve eficácia na dieta utilizada para o estado nutricional seguro desses pacientes, além de salientar a importância de uma equipe estruturada para o seu suporte necessário. Concluiu-se que programas de atendimento domiciliar asseguram a qualidade de vida dos pacientes, quando se direcionam os cuidados específicos de cada patologia.

A avaliação nutricional é muito importante para os pacientes em atendimento domiciliar, pois o risco de desnutrição é alto. A desnutrição pode levar a infecções, internação hospitalar e morte. Sousa et al. (2021) concluíram que metade dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa no município de Queimadas, Paraíba, apresentavam baixo peso, evidenciando a necessidade de

monitorização das questões nutricionais nesses pacientes.

Pesquisas que tratam do perfil socioeconômico e clínico de programas do SUS são relevantes para a comunidade acadêmica e os serviços de saúde, podendo subsidiar melhorias na qualidade do cuidado oferecido aos seus participantes. Também é importante para os profissionais que atuam nesses programas, a fim de terem mais conhecimento sobre os usuários que atendem, suas principais enfermidades e necessidades. No caso do Programa Melhor em Casa, permite um dimensionamento mais adequado da equipe multiprofissional indicada para aquela cidade, além de direcionar os equipamentos e medicações que auxiliarão no tratamento, sempre visando a melhor assistência aos pacientes (SILVA; FREITAS; GOYANNA, 2018).

O diagnóstico situacional é uma ferramenta de gestão do SUS para identificação das condições de saúde e risco de uma população determinada, possibilitando o planejamento das ações em saúde (QUEIROZ; VALENTE, 2019). O diagnóstico situacional consiste na identificação de problemas, potencialidades e limitações dos serviços de saúde, contribuindo para o planejamento adequado das ações a serem implementadas. No caso dessa pesquisa, o diagnóstico situacional sobre os pacientes acamados que necessitam de atendimento domiciliar permite a caracterização do perfil desses usuários para o dimensionamento das equipes necessárias para atendimento desse grupo populacional.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória permite expandir a compreensão sobre determinado assunto e investigar a possibilidade de estudos posteriores (VASCONCELOS et al., 2021). A abordagem quantitativa engloba a coleta e a análise de dados quantitativos sobre variáveis. Essa pesquisa é capaz de identificar a estrutura dinâmica do objeto de estudo, as forças de associação ou correlação entre as variáveis, além da generalização e objetivação dos resultados (ESPERÓN, 2017).

4.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória, após submissão do projeto à Prefeitura Municipal, seguida de autorização e anuência (ANEXO A).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a caracterização dos Códigos Internacionais das Doenças, incluíram-se nesta pesquisa todos os prontuários dos pacientes atendidos nos anos de 2019 e 2020, nas unidades de saúde e/ou no Centro de Referência do Idoso (CRAI), no município de Vitória-ES. A pesquisa desses prontuários foi realizada por intermédio do registro das evoluções realizadas pelos profissionais que preencheram o CID10 dos pacientes. Selecionaram-se algumas doenças que costumemente necessitam de atendimento domiciliar, de acordo com o levantamento encontrado na revisão de literatura. Foram elas: CID10 C80 – Neoplasia maligna, sem especificação de localização; CID10 G30 – Doença de Alzheimer; CID10 G12 – Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas; CID10 G80 – Paralisia cerebral; CID10 I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares; CID10 L89 – Úlcera de decúbito; e CID10 Z74 – Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde. Dessa forma, incluíram-se nesta pesquisa todos os prontuários com esses CID10. Posteriormente, para a verificação do perfil sociodemográfico dos usuários elegíveis para assistência domiciliar, manteve-se no estudo apenas os acamados. Foram excluídos os prontuários encontrados que não eram de pacientes residentes no município.

4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no banco de dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (Sistema Informatizado Rede Bem Estar – SGIRBE). Efetuou-se a identificação do perfil epidemiológico daqueles pacientes com indicação em participar do Programa Melhor em Casa. Por meio dos prontuários eletrônicos da Rede Bem Estar, para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos desses pacientes, foram coletadas as seguintes variáveis: idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de instrução; grau de risco da família; diagnósticos médicos; índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF – 20); via de respiração; via de alimentação; suporte de oxigênio suplementar; presença de lesão por pressão (LPP), local da lesão; região de saúde da residência; se possui cuidador (familiar ou não); e se o paciente é domiciliado/acamado. Foram avaliados os dados dos anos de 2019 e 2020.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

4.5.1.1 Idade

Existe forte relação entre idade avançada e doenças que afetam a locomoção dos pacientes, sendo aconselhado o atendimento domiciliar. Para o estudo dessa variável, foi coletada a idade de cada paciente (em anos). Posteriormente, os anos foram agrupados em faixas etárias: 0-12 anos (crianças), 13-18 anos (adolescentes), 19-44 anos (adultos), 45-59 anos (meia-idade), 60-74 anos (idosos), 75-89 anos (anciãos) e 90 anos ou mais (velhice extrema). As classificações de meia-idade, idosos, anciãos e velhice extrema foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1983.

4.5.1.2 Sexo

A variável sexo é muito importante na composição dos determinantes sociais de saúde. Sabe-se que existem diferenças biológicas e sociais relacionadas ao sexo, as quais impactarão nas questões de saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018). Essa variável foi classificada como masculino e feminino.

4.5.1.3 Raça/cor

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica a variável raça/cor em cinco categorias. São elas: preto, pardo, branco, amarelo e indígena (IBGE, 2015). Em pesquisa realizada em 2019 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD), 42,7% dos brasileiros se declararam brancos, 46,8% pardos, 9,4% pretos e 1,1% amarelos ou indígenas (IBGE, 2019).

Em relação à raça/cor da pele, classificou-se como: preto, pardo, branco, amarelo e indígena.

Historicamente, existe um processo de desigualdades sociais e econômicas relacionadas a raça/cor da pele. Essa vulnerabilidade social tem relação com a frequência de agravos de saúde e seus determinantes (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

4.5.1.4 Estado civil

O estado civil permite conhecer o suporte social do paciente. Uma pesquisa realizada em Vitória da Conquista, na Bahia, constatou que idosos viúvos estão mais propensos a situações como violência e maus-tratos (DIAS et al., 2019).

Além disso, a situação conjugal tem relação com os indicadores de saúde: pessoas casadas ou em união estável apresentam menor índice de mortalidade, adotam menos comportamentos de risco relacionados à saúde e têm melhor autopercepção de saúde (EVEDOVE et al., 2021).

As categorias dessa variável foram divididas em: casado/união estável, divorciado/separado, solteiro e viúvo.

4.5.1.5 Grau de instrução

O grau de instrução/escolaridade diz respeito ao tempo de frequência dos indivíduos na escola. Baseado nos níveis de escolaridade, foram definidas as seguintes categorias nesta pesquisa: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior completo.

Sousa et al. (2020) destacam que pessoas com baixos índices de escolaridade, baixa renda e de classes sociais menos privilegiadas apresentam maior probabilidade em avaliar negativamente sua saúde. Os autores ainda destacam que as condições socioeconômicas são os principais determinantes de saúde de

uma população, e dados como escolaridade, renda e profissão/ocupação são frequentemente utilizados para determinar a posição socioeconômica de cada indivíduo.

4.5.1.6 Grau de risco da família

O grau de risco da família é calculado a partir de dados socioeconômicos (renda familiar *per capita*, grau de instrução do chefe da família e abastecimento de água) e clínicos (número de pessoas da família com uma ou mais patologias ou doenças crônicas). A classificação, de acordo com a pontuação encontrada, é dividida em: sem risco, risco baixo, risco médio ou risco alto (SILVA et al., 2014). Essa variável contribui para o entendimento do contexto social, familiar e econômico em que os pacientes vivem. São pontos que influenciam na saúde propriamente dita e no acesso aos serviços de saúde.

4.5.1.7 Região de saúde da residência

Para viabilizar o atendimento desses pacientes, é fundamental localizá-los no território do município de Vitória-ES. Dessa forma, coletaram-se os bairros e respectivas unidades de saúde de cada paciente. A partir desses dados, os pacientes foram agrupados de acordo com as regiões de saúde de Vitória, que são: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro.

4.5.1.8 Cuidador

Como esta pesquisa busca caracterizar pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, a presença de um cuidador se faz necessária, na maioria dos casos, devido às limitações que as doenças causam. Sendo assim, essa variável verificou se o cuidador principal era algum familiar ou não (cuidador formal). Normalmente, os cuidadores são familiares, do sexo feminino, predominantemente as esposas (PINHEIRO et al., 2020).

Conhecer o perfil do cuidador permite intervenções e orientações específicas, além da importância de uma rede de apoio para cuidar de quem cuida.

4.5.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS

4.5.2.1 Diagnósticos médicos

Pacientes com indicação de atendimento domiciliar normalmente são idosos que possuem múltiplas patologias e necessitam de acompanhamento multidisciplinar (FIGUEIREDO et al., 2018). Por isso, além do CID10, inicialmente utilizado para buscar os participantes desta pesquisa, foram coletados outros diagnósticos médicos.

Por meio da análise de prontuário eletrônico, buscou-se identificar nas evoluções médicas e nos alertas da Rede Bem-Estar todos os diagnósticos dos pacientes.

Em uma pesquisa realizada no Programa Melhor em Casa, do município de Montes Claros, em Minas Gerais, foram identificadas as seguintes comorbidades em pacientes domiciliares: hipertensão arterial sistêmica (25%), Alzheimer (16%), diabetes (16%) e neoplasias (14%). Os autores ainda destacam que 47% dos pacientes estavam em uso de polifarmácia, ou seja, 5 ou mais medicamentos por dia (SILVA et al., 2019).

4.5.2.2 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF – 20)

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF – 20) é um instrumento de triagem rápida de vulnerabilidade em idosos. Consiste em um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso. São 20 questões distribuídas em 8 seções: idade; autopercepção da saúde; incapacidades funcionais; cognição; humor; mobilidade; comunicação e comorbidades múltiplas. Cada seção tem uma pontuação diferente, sendo o valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES et al., 2016).

Utiliza-se, nesta pesquisa, a classificação IVCF baixo (0-6 pontos), IVCF moderado (7-14 pontos) e IVCF alto (15 pontos ou mais).

O IVCF – 20 foi aplicado pelos profissionais da equipe multiprofissional que acompanhavam os pacientes. A maioria dos índices foi preenchida pela equipe do CRAI durante as consultas.

4.5.2.3 Via de respiração

Variáveis clínicas ajudam na caracterização do quadro clínico dos pacientes e, conseqüentemente, nas necessidades de atendimento, incluindo a definição de

quais profissionais são indicados para atuação com esse paciente. A sua via de respiração é importante para identificar alterações na respiração, função vital do ser humano. O fisioterapeuta é o profissional habilitado para avaliação e reabilitação respiratória (MOREIRA; CASSIMIRO, 2019).

No caso desta pesquisa, classificaram-se os pacientes como em uso ou não de traqueostomia.

4.5.2.4 Via de alimentação

A via de alimentação permite identificar se o paciente consegue se alimentar por via oral ou se necessita de alguma via alternativa de alimentação – a base para a manutenção da vida –, e normalmente pacientes idosos, acamados e com doenças crônicas podem ter dificuldades alimentares (SILVA et al., 2019).

Em um serviço de atendimento domiciliar no município de João Pessoa, na Paraíba, aproximadamente 65% dos pacientes precisaram de atendimento fonoaudiológico pela queixa de disfagia (alteração na deglutição), evidenciando a necessidade de conhecer a via de alimentação e suas alterações para uma atuação interdisciplinar (FIGUEIREDO et al., 2018).

Classificamos os pacientes em relação à via de alimentação por via oral exclusiva, uso de gastrostomia (GTT) ou uso de sonda nasoenteral (SNE).

4.5.2.5 Suporte de oxigênio suplementar

Pacientes que necessitam de suporte de oxigênio suplementar são aqueles com insuficiência respiratória, requerendo do acompanhamento com fisioterapeuta respiratório. Os modos ventilatórios – como CPAP e BIPAP – são utilizados visando a redução da carga sobre os músculos respiratórios, melhorando as trocas gasosas antes que ocorra exaustão. A fisioterapia respiratória é fundamental para o tratamento das insuficiências respiratórias (MOREIRA; CASSIMIRO, 2019).

Foi realizada a busca nos prontuários eletrônicos para identificar quais pacientes precisavam de oxigenoterapia e/ou de ventilação mecânica.

4.5.2.6 Presença de lesão por pressão (LPP)

As alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, condições clínicas dos pacientes acamados e fatores como umidade, pressão contínua e prolongada

sobre a pele e tecidos adjacentes, diminuição da sensibilidade e alteração do estado nutricional, podem contribuir para o aparecimento de lesões por pressão (SILVA et al., 2019).

Verificar a presença dessas lesões é muito importante para orientar os familiares/cuidadores e auxiliar no seu cuidado.

Quanto à identificação dessa variável, buscou-se a presença ou ausência de LPP, conforme relato dos profissionais que avaliaram os pacientes.

4.5.2.7 Local da lesão por pressão (LPP)

Além de verificar a presença ou ausência das lesões por pressão, é importante conhecer o local dessas lesões. Silva et al. (2019) verificaram que a região sacral é a mais acometida.

Mediante a evolução dos profissionais, foi possível identificar o local das lesões. Agruparam-se os locais das lesões da seguinte forma: sacral, calcâneos, trocanteres e outros.

4.5.2.8 Estado do paciente (domiciliado/acamado)

Como a busca inicial dos pacientes aconteceu a partir do CID10, nem todos tinham indicação de atendimento domiciliar. Dessa forma, buscou-se, nas evoluções e nos alertas da Rede Bem-Estar, a caracterização do paciente como domiciliado e/ou acamado. Aqueles que porventura não tinham essa característica não constam nos resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação da Prefeitura Municipal de Vitória para autorização e anuência (ANEXO A).

Posteriormente, também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), sob o número do CAAE 45418621.7.0000.5060, e aprovação com Parecer n.º 4.844.028 (ANEXO B).

O presente estudo foi executado em conformidade com o que determina os aspectos éticos de Resolução n.º 466, de 2012, do Conselho Nacional do Ministério da Saúde.

Solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

junto ao CEP (ANEXO C), uma vez que a pesquisa é de caráter retrospectivo, com levantamento de dados junto ao banco de dados (prontuários eletrônicos) da Rede Bem Estar. O CEP aprovou a dispensa do TCLE.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Neste estudo, o risco e a quebra do sigilo. Foram coletados dados dos prontuários eletrônicos de forma sigilosa e sem identificação do nome dos pacientes. Para minimizar o risco de quebra do sigilo, os dados do estudo foram armazenados em computador com senha, e somente acessado pela pesquisadora e orientadora da pesquisa. Além disso, redigiu-se o Termo de Sigilo e Confidencialidade dos dados (ANEXO D), que também minimiza o risco de quebra do sigilo.

O resultado da pesquisa amplia o conhecimento sobre a população que necessita de atendimento domiciliar. Este estudo possibilitou o levantamento de dados, os quais poderão, posteriormente, subsidiar a organização de um programa de atenção domiciliar em uma capital brasileira. Ademais, visa melhoria no que tange ao acesso aos serviços de saúde da população com limitações de locomoção, causando impacto positivo nesses indivíduos, na família e sociedade. Ao final da pesquisa, espera-se ter o perfil da população-alvo, a fim de descrever as condições de saúde dos pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, fortalecendo o planejamento das ações para essa população no município.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e analisados pela técnica estatística descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o auxílio do *software* Microsoft Excel. Os dados serão apresentados em quadros.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisaram-se 757 prontuários da Rede Bem Estar, sendo que 524 pacientes foram atendidos no ano de 2019, e 233 pacientes no ano de 2020. Destaca-se que esse número de pacientes atendidos em 2020 é de pacientes novos, que não haviam sido atendidos em 2019. Na tabela a seguir (Tabela 1), analisar-se-á a distribuição do total de pacientes por CID10.

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

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

Fonte: Autora, 2022

Visualiza-se que quase metade dos pacientes possuíam diagnóstico de Alzheimer (45%), e as sequelas de doenças cerebrovasculares (41%) foram o segundo CID10 com maior incidência. Esses dados vão ao encontro de um estudo realizado no município de Sobral-Ceará sobre os usuários do Programa Melhor em Casa (SILVA; FREITAS; GOYANNA, 2018). Doenças crônicas e incapacitantes são o principal alvo do atendimento domiciliar, devido à limitação locomotora dos pacientes para serem atendidos em outros locais, como clínicas, hospitais, unidades de saúde ou centros especializados.

Os dados foram coletados no final do ano de 2021. Por tratar-se, em sua maioria, de pacientes idosos e com doenças crônicas, dos 757 prontuários levantados, 118 pacientes haviam ido a óbito em algum momento no intervalo entre 2019-2021. Dos pacientes falecidos, 33 possuíam o CID10 de úlcera de decúbito. Isso significa que metade dos pacientes que apresentavam úlcera de decúbito como

diagnóstico principal (66, conforme a Tabela 1) faleceram. Estudo realizado em um hospital universitário em São Paulo evidenciou que a presença de úlcera de decúbito nos pacientes gravemente enfermos, acima de 60 anos, é uma complicação comum nesse grupo etário, com indicação para cuidados paliativos exclusivos, havendo maior probabilidade de óbito ao longo de 12 meses (ARCANJO et al., 2018). Destaca-se essa informação como um alerta para as equipes que atendem aos pacientes acamados devido a úlcera de decúbito. É fundamental compartilhar essa informação com seus familiares, acolhendo e orientando-os como reverter as úlceras já existentes e prevenindo outras, sempre visando a qualidade de vida do paciente e seus familiares/cuidadores.

Sendo assim, excluindo os falecidos, consideraram-se 639 pacientes para análise das demais variáveis; dentre elas, em relação ao paciente estar domiciliado/acamado ou não. Dos 639 pacientes avaliados, 298 encontravam-se restritos ao domicílio, sendo candidatos ao atendimento domiciliar. Desses 298 pacientes acamados, 33 estavam institucionalizados, sendo acompanhados pela equipe de residentes da instituição. Como o objetivo desta pesquisa é identificar o perfil dos pacientes com indicação de participar do Programa Melhor em Casa, considerou-se esses 298 pacientes acamados/restritos ao domicílio para caracterização do perfil sociodemográfico (Tabela 2) e clínico (Tabela 4).

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

Variáveis sociodemográficas	N=298	%
Sexo		
Feminino	194	65
Masculino	104	35
Faixa etária (anos)		
Acima de 90	51	17
75-89	158	53
60-74	60	20
45-59	14	5
19-44	9	3
13-18	5	2
0-12	1	0
Raça/cor		
Branca	119	41
Parda	72	24

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

(conclusão)

Ignorado	64	21
Preta/negra	43	14
Estado civil		
Ignorado	112	38
Casado/União estável	83	28
Viúvo	61	20
Solteiro	27	9
Divorciado/Separado	15	5
Grau de instrução		
Ignorado	130	45
Ensino Fundamental incompleto	46	15
Analfabeto	45	15
Ensino Médio completo	34	11
Ensino Fundamental completo	30	10
Ensino Superior completo	12	4
Ensino Médio incompleto	1	0
Grau de risco da família		
Risco alto	64	21
Risco médio	141	47
Risco baixo	4	2
Ignorado	89	30
Região de Saúde em Vitória - ES		
Maruípe	88	29
Forte São João	79	26
Continental	53	18
Santo Antônio	33	11
São Pedro	28	10
Centro	17	6

Fonte: Autora, 2022

Entre os 298 pacientes, destaca-se o sexo feminino (n=194; 65%), raça branca (n=119; 41%), casados ou em união estável (n=83; 28%) e idosos (n=269; 90%). Quanto à faixa etária, a maior frequência foi entre 75-89 anos (n=158; 53%), conforme os dados da Tabela 2. Por conta do público-alvo desta pesquisa, já se esperava que a maioria dos pacientes seriam idosos.

Sobre o grau de instrução, 15% (n=45) dos pacientes eram analfabetos, enquanto apenas 4% (n=12) concluíram o Ensino Superior (Tabela 2). Conhecer o grau de instrução dos pacientes é muito importante para adequar as orientações de

acordo com o conhecimento/entendimento individual.

A análise do grau de risco das famílias permite uma avaliação do contexto social, econômico e familiar. Verificou-se que 68% (n=205) dos pacientes possuíam risco médio ou alto (Tabela 2). As condições precárias de vida devem ser alvo de atenção das equipes que atendem aos pacientes, pois são fatores de risco para diversas enfermidades, necessitando de intervenções prioritárias (SILVA et al., 2014).

Na Tabela 2, nota-se a falta do preenchimento de informações básicas sobre os pacientes. Em 21% (n=64) de prontuários não constava a informação sobre raça/cor, em 30% (n=89) não havia o grau de risco da família, enquanto 38% (n=112) dos prontuários não constava o estado civil dos pacientes, e em 45% (n=130) dos prontuários, o grau de instrução.

Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) destacam a importância dos registros nos prontuários, inclusive sendo um critério de avaliação da qualidade do serviço de saúde. Apesar disso, historicamente, no Brasil, a literatura aponta baixa qualidade nos registros dos prontuários. Esses autores realizaram uma avaliação do preenchimento dos prontuários da Atenção Básica no Rio de Janeiro e constataram que dados sociais como situação familiar, escolaridade e ocupação tinham baixos percentuais de preenchimento, sendo classificados de um registro muito ruim. Faz-se necessário o incentivo ao preenchimento completo dos dados sociodemográficos e clínicos visando a organização do serviço e a adequada atenção à saúde dos usuários.

Ruschi et al. (2017) encontraram resultado semelhante em pesquisa realizada em Vitória-ES nos prontuários de assistência pré-natal. Variáveis como raça materna e situação conjugal apresentaram completude ruim. Os autores reforçam a importância no preenchimento do prontuário e da integração com outros níveis de atenção à saúde.

Para viabilizar o atendimento desses pacientes é fundamental localizá-los no município de Vitória-ES. Contabilizados quantos pacientes domiciliados estão localizados em cada região de saúde de Vitória (Tabela 2), as duas regiões com maior demanda de atendimentos domiciliares foram Maruípe (n=88; 29%) e Forte São João (n=79; 26%). Essa informação contribui para que a Prefeitura Municipal de Vitória possa organizar as equipes que realizam o atendimento dessa população.

Além do CID10, inicialmente utilizado para buscar os pacientes com indicação de atendimento domiciliar, foram coletados outros diagnósticos médicos. Apenas 10 pacientes (3%) não tinham comorbidades. O diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi o que mais apareceu, totalizando 222 pacientes (75%). Sabe-se que a HAS é fator de risco para acidentes vasculares cerebrais, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal, entre outras doenças (RODRIGUES, SANTANA; GALVÃO, 2017). Dos 222 pacientes com diagnóstico de HAS, 46% (n= 103) apresentavam o CID10 de sequelas de doenças cerebrovasculares, evidenciando a necessidade de intervenção precoce com pacientes hipertensos. Conforme constatado na Tabela 2, 269 pacientes eram idosos (acima de 60 anos). O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - 20 (IVCF – 20) é um instrumento de triagem rápida de vulnerabilidade em idosos, e quanto mais alto seu valor, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional desse grupo. O IVCF - 20 consiste em um questionário que avalia aspectos multidimensionais da saúde do idoso, tendo 20 questões divididas em 8 sessões: idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas (TOMAZ et al., 2021). Na Tabela 3, é apresentada a distribuição do IVCF - 20 dos prontuários analisados.

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

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

Fonte: Autora, 2022

A maioria dos idosos (n=157; 58%) tem um alto índice de vulnerabilidade, informação que vai ao encontro do perfil desses pacientes: acamados, com doenças crônicas, necessitando de cuidados constantes. Tomaz et al. (2021) comenta que indivíduos com baixo IVCF - 20 são considerados idosos robustos, aqueles com índice moderado são idosos em risco de fragilização e os com índice alto são considerados idosos frágeis.

O processo de envelhecimento envolve o aumento de doenças crônicas degenerativas e de alterações funcionais fisiológicas, como diminuição da força muscular, perda de massa óssea, alterações de equilíbrio, modificações na marcha e na postura, podendo resultar em incapacidades funcionais, tornando o idoso dependente para as atividades de vida diárias (TOMAZ et al., 2021).

Portanto, o envelhecimento global traz a reflexão sobre as condições que a população envelhece. Compreender os fatores de risco e de proteção da saúde dos idosos é fundamental, visando a melhora da qualidade de vida dessa população (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018). Fatores como sexo, idade, escolaridade, etnia, capacidade física, doenças, renda, qualidade do sono, alimentação, atividades físicas, hábitos, aspectos psicossociais, convívio social e autonomia influenciam diretamente na qualidade de vida dos idosos (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018). Portanto, faz-se necessário desenvolver ferramentas de avaliação do estilo de vida dos idosos para ampliar a compreensão do envelhecimento.

Como Manso et al. (2018) afirmam:

Avaliar a saúde do idoso significa ir além da questão biológica e física, incluindo a avaliação do estado emocional, da saúde mental, integração social, suporte familiar e independência econômica, já que todos estes fatores afetam a capacidade funcional do idoso (p.194).

Compete às equipes de saúde atenção às particularidades do idoso, tornando-o mais ativo, mudando conceitos enraizados e utilizando novas tecnologias, visando a equidade na distribuição dos serviços para o grupo populacional que mais cresce no Brasil. São necessárias práticas cuidadoras, resolutivas e qualificadas, partindo das especificidades locais e das necessidades dos idosos, a fim de implementar ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos agravos (WANDERLEY et al., 2019).

Outras características clínicas e funcionais evidenciam que apenas 4 pacientes (1%) estavam em uso de traqueostomia. Sobre a via de alimentação, a maioria (n=261; 88%) mantinha alimentação por via oral. Sendo assim, 12% (n=37) dos pacientes utilizam via alternativa de alimentação: 9% (n=28) utilizavam gastrostomia e 3% (n=9) utilizavam alimentação por sonda nasoenteral (SNE). Analisando a necessidade de suporte de oxigênio suplementar, apenas 6 pacientes (2%) faziam uso de oxigenoterapia, sendo que um deles utilizava

ventilação mecânica (BIPAP) de forma contínua (Tabela 4).

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

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

Fonte: Autora, 2022

As variáveis de presença de lesão por pressão e local da lesão por pressão foram coletadas a partir do relato dos profissionais que atendem a esses pacientes. Encontrou-se que 73 pacientes (24%) apresentam ou apresentaram lesão por pressão em algum momento no período estudado (2019-2020). A maioria dos pacientes apresenta mais de uma lesão por pressão (LPP). Os principais locais das lesões por pressão foram: sacral (n=45; 62%) e calcâneos (n=25; 34%), conforme os dados da Tabela 4.

As informações clínicas são relevantes para compreender melhor o quadro de cada paciente e para indicação de atendimentos multiprofissionais necessários em cada caso.

Por fim, a última variável coletada diz respeito ao cuidador do paciente domiciliado – se é um familiar ou não. Para 219 pacientes (73%), o cuidado é realizado por algum familiar. Destaca-se que no prontuário de um paciente não foi

possível identificar se havia ou não um cuidador (familiar ou não). Apesar de pouca formação específica, os cuidadores familiares desempenham um importante papel ao realizarem os cuidados complexos que um paciente acamado, em situação de doença avançada, precisa. Os cuidados envolvem avaliação e gestão dos sintomas, cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e curativos, se necessário (DELALIBERA; BARBOSA; LEAL, 2018). Sabe-se da sobrecarga (física e emocional) que os cuidadores – especialmente os familiares – enfrentam no cuidado desses pacientes, e da necessidade de intervenção para minorar o sofrimento dos cuidadores. Estratégias terapêuticas, farmacológicas, psicoterapias, atividades educativas, informativas e didáticas são formas de acompanhar os cuidadores de forma longitudinal e sistemática (DADALTO; CAVALCANTE, 2021). Essas intervenções terão reflexos no cuidado prestado aos pacientes domiciliares. Cabe às equipes de saúde a atenção e o cuidado com os pacientes e seus cuidadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contribuiu para a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acamados com indicação de receber assistência domiciliar no município de Vitória – ES. Esta é a primeira pesquisa sobre essa temática no referido município. Os dados inéditos permitem a implementação do Programa Melhor em Casa, que é uma política pública, através da elaboração de protocolos e fluxogramas baseados nos resultados encontrados. Para tanto, é necessária a divulgação e discussão desses dados com a Secretaria de Saúde de Vitória-ES. Além disso, devido ao elevado número de dados não preenchidos nos prontuários, também se sugere o treinamento dos profissionais da saúde – em especial dos agentes comunitários – pela proximidade com os pacientes e suas famílias.

Essa pesquisa contribui para o conhecimento na Saúde Coletiva pois relaciona a saúde com os determinantes sociais do grupo populacional estudado, visando o direcionamento de boas práticas para o cuidado de agravos e doenças em pacientes acamados, um grupo social relevante para a comunidade.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, P. D. Políticas públicas no Brasil: necessidade de políticas públicas para tratamento de idosos com Alzheimer. **Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito**, v. 2, n. 1, 2020.
- ARAÚJO, R. C. G. D et al. Perfil dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa em um município da região Sudoeste de Goiás. **Itinerarius Reflecionis**, v. 15, n. 3, 2019.
- ARCANJO, S. P. et al. Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. **Einstein**, v. 16, n. 1, 2018.
- BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 2016.
- BRASIL. Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n.º 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. Brasília: **Diário Oficial da União, 16 de abril de 2002**, Seção 1:1.
- _____. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília: **Diário Oficial da União, 26 de março de 1998**, n. 58.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União, 25 de agosto de 2011**, Seção 1, p. 91.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: **Diário Oficial da União, 26 de abril de 2016**, Seção 1, p. 33.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União, 22 de setembro de 2017a**, Seção 1, p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa do Melhor em Casa – Etapa III. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União, 23 de novembro de 2018**, Seção 1, p. 276.

DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2021.

DELALIBERA, M.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2018.

DIAS, V. F. et al. Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 9, 2019.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2020. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/RELATORIO%20ANUAL%20DE%20GESTAO%202020.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2022.

EVEDOVE, A. U. D. et al. Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). **Cad. Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, 2021.

FERREIRA, L; K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 5, 2018.

FIGUEIREDO, S. C. D. et al. Perfil dos usuários atendidos pela fonoaudiologia do serviço de atendimento domiciliar. **Rev. CEFAC**, v. 20, n. 5, 2018.

FRANKE, C. M.; IANISKI, V. B.; HAAS, L. C. S. O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na atenção primária à saúde. **Revista**

Contexto & Saúde, v. 18, n. 35, 2018.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça o Brasil - População.** [S.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>> Acesso em: 1 fev. 2022.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf> Acesso em: 01 fev. 2022.

MANSO, M. E. G. et al. Avaliação multidimensional do idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. **Revista Kairós – Gerontologia**, v. 21, n. 1, 2018.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. especial 3, 2017.

MORAES, E. N. D. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, 81, 2016.

MOREIRA, W. E. D. M.; CASSIMIRO, M. D. S. O papel do fisioterapeuta respiratório na abordagem do paciente com insuficiência respiratória: realidades da assistência domiciliar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 15, 2019.

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C. E. D. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, 104, 2019.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017.

ORTEGA, N. C. et al. Análise da avaliação nutricional de participantes assistidos no programa “Melhor em casa” com o uso de dieta enteral industrializada. **Revista Intellectus**, v. 1, n. 42, 2017.

PINHEIRO, D. D. S. et al. Perfil de usuários, cuidadores e ações de enfermagem na atenção domiciliar do SUS: estudo descritivo. **Research, Society and Development**, v. 9, n.8, 2020.

PROCÓPIO, L. C. R. et al. A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**, v. 43, n. 101, 2019.

QUEIROZ, R. S. D.; VALENTE, G. S. C. Diagnóstico situacional em unidade

básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 2019.

RELHAS, L. C. A. et al. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Acidente Vascular Cerebral. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 2, 2018.

RODRIGUES, M.D.S.; SANTANA, L.F.; GALVÃO, I. M. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Rev. Med**, v. 96, n. 3, 2017.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. 719 p.

RUSCHI, G. E. C. et al. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, 2017.

SANTOS, S. L. D. et al. Conhecendo o funcionamento e atuação da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa no município de Cristiano Castro – Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, 2020.

SCHENKER, M; COSTA, D. H. D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2019.

SILVA, C. K. A.; FREITAS, C. A. S. L.; GOYANNA, N. F. Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral – Ceará. **Essentia**, v. 19, n. 2, 2018.

SILVA, D. V. A. S. et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, 2019.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, S. A. et al. Classificação do grau de risco de famílias na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 17, n. 1, 2014.

SILVA, K. L. et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

SIMÕES, C. C. D. S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento

da população. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

SOUSA, J. B. D. et al. Análise da efetividade da terapia nutricional em pacientes sob cuidados paliativos do programa Melhor em Casa no município de Queimadas – PB. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

SOUSA, J. L. D. et al. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

SOUZA, M. D. F. M. D. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018.

TOMAZ, A. C. D. S et al. Análise do risco de quedas em idosos submetidos à avaliação da mobilidade, equilíbrio e marcha. **Arquivos do Mudi**, v. 25, n. 3, 2021.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. D. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup. 1, 2008.

VASCONCELOS, P. F. D et al. Financiamento da pesquisa no Brasil ao longo de dez anos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 21258-21271, 2021.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VILA VELHA. Fundo Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2020. Disponível em: <https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/Relatorio%20Anual%20de%20Gestao%202020_%20Fundo%20Municipal%20de%20Saude.pdf> Acesso em: 4 mar. 2022.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2020. Disponível em: <<https://www.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=3247>> Acesso em: 4 mar. 2022.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (período 2018-2021). Disponível em: <<https://www.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=3244>> Acesso em: 10 mar. 2022.

WANDERLEY, R. M. M. et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Rev Enferm UFPE online**, v. 13, n. 1, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The uses of epidemiology in the study

of the elderly. Geneva: WHO, 1984.

APÊNDICE 1 – ARTIGO

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH HOME CARE INDICATION IN THE CITY OF VITÓRIA – ES

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL MUNICIPIO DE VITÓRIA – ES

RESUMO

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

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Pacientes Domiciliares; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

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

Keywords: Palliative Care; Home Care Patients; Public Health Policies.

RESUMEN

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

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Pacientes A Domicilio; Políticas De Salud Pública.

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

os cuidados de alguém totalmente dependente para as atividades de vida diária contribui para casos de depressão, ansiedade, fadiga e alterações musculoesqueléticas (Braga *et al.*, 2016).

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

Apesar do Programa Melhor em Casa ter sido lançado em 2011, poucos municípios brasileiros já têm o programa bem estabelecido e em funcionamento. Na data de publicação da Portaria nº 825, de 2016, não havia nenhuma equipe habilitada para atendimento domiciliar no estado do Espírito Santo (ES), evidenciando a relevância dessa pesquisa na cidade de Vitória, capital do ES. Em 2020 o Programa Melhor em Casa foi habilitado no município de Vila Velha – ES, possibilitando a oferta de assistência de saúde nos domicílios de forma qualificada e especializada, com um cuidado seguro, de qualidade e humanizado, aos pacientes em cuidados paliativos e contribuindo para a desospitalização precoce (Vila Velha, 2021).

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

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

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

Diversos estudos foram realizados sobre a implantação e características do Programa Melhor em Casa em

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

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória permite expandir a compreensão sobre determinado assunto e investigar a possibilidade de estudos posteriores (Vasconcelos, Teles, Paiva, Vilela, & Yarid, 2021). A abordagem quantitativa engloba a coleta e análise de dados quantitativos sobre variáveis. Essa pesquisa é capaz de identificar a estrutura dinâmica do objeto de estudo, as forças de associação ou correlação entre as variáveis, além da generalização e objetivação dos resultados (Esperón, 2017).

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

A coleta de dados foi realizada no banco de dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória. Foi realizada a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes selecionados para a pesquisa. Por meio dos prontuários eletrônicos para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos desses pacientes, foram coletadas as seguintes variáveis: idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de instrução; grau de risco da família; diagnósticos médicos; índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF – 20); via de respiração; via de alimentação; suporte de oxigênio suplementar; presença de lesão por pressão (LPP), local da lesão; região de saúde da residência; se possui cuidador (familiar ou não) e se o paciente é domiciliado/acamado. Os dados coletados foram organizados e analisados pela técnica estatística descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o auxílio do software Microsoft Excel.

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

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

Fonte: Autora, 2022.

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

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

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

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

Maruípe	88	29
Forte São João	79	26
Continental	53	18
Santo Antônio	33	11
São Pedro	28	10
Centro	17	6

Fonte: Autora, 2022.

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

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

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

Foram coletados os diagnósticos médicos a partir da análise dos prontuários. Apenas dez pacientes (3%) não tinham comorbidades. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi o que mais apareceu, em 222 pacientes (75%). Sabe-se que a HAS é fator de risco para acidentes vasculares cerebrais, doença arterial

coronariana, insuficiência cardíaca e renal, entre outras doenças (Rodrigues, Santana, & Galvão, 2017). Dos 222 pacientes com diagnóstico de HAS, 46% (n= 103) possuíam o CID10 de sequelas de doenças cerebrovasculares, evidenciando a necessidade de intervenção precoce com pacientes hipertensos.

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

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

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

Fonte: Autora, 2022.

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

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

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

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

Fonte: Autora, 2022.

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

Por fim, a última variável coletada diz respeito ao cuidador do paciente domiciliado – se é um familiar ou não. Para 219 pacientes (73%), o cuidado é realizado por algum familiar. Destaco que no prontuário de um paciente não foi possível identificar se havia ou não um cuidador (familiar ou não). Apesar de pouca formação específica, os cuidadores familiares desempenham um importante papel ao realizarem os cuidados

complexos que um paciente acamado, em situação de doença avançada, precisa. Os cuidados envolvem avaliação e gestão dos sintomas, cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e curativos, se necessário (Delalibera, Barbosa, & Leal, 2018). Sabe-se da sobrecarga física e emocional que os cuidadores, especialmente os familiares, enfrentam no cuidado dos pacientes, e da necessidade de intervenção para minorar o sofrimento dos cuidadores. Estratégias terapêuticas, farmacológicas, psicoterapias, atividades educativas, informativas e didáticas são formas de acompanhar os cuidadores de forma longitudinal e sistemática (Dadalto & Cavalcante, 2021). Essas intervenções terão reflexos no cuidado prestado aos pacientes domiciliares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Recomenda-se o treinamento dos profissionais de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde, pela proximidade com os pacientes e suas famílias, para o preenchimento completo dos dados sociodemográficos nos prontuários dos pacientes. Também são necessários estudos para a organização do Programa Melhor em Casa, com a elaboração de fluxogramas e protocolos, complementando essa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Braga, P. P., Sena, R. R. D., Seixas, C. T., Castro, E. A. B. D., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 903-912.
- Brasil. (2014). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 2002.
- Brasil. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 1998.
- Brasil. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial*, Brasília, 2011.
- Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial*, Brasília, 2016.
- Dadalto, E. V., & Cavalcante, F. G. (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 147-157.
- Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1105-1117.
- Esperón, J. M. T. (2017). Pesquisa quantitativa na Ciência da Enfermagem. *Esc Anna Nery*, 21(1).
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(5), 639-651.
- Moraes, E. N. D., Carmo, J. A. D., Moraes, F. L. D., Azevedo, R. S., Machado, C. J., & Montilla, D. E. R. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública*, 50(81).
- Nishimura, F., Carrara, A. F., & Freitas, C. E. D. (2019). Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Rev. Saúde*

Pública, 53(104).

Oliveira, S. G., & Kruse, M. H. L. (2017). Melhor em casa: dispositivo de segurança. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1).

Procópio, L. C. R., Seixas, C. T., Avellar, R. S., Silva, K. L. D., & Santos, M. L. D. M. D. (2019) A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate*, 43(101), 592-604.

Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F., & Galvão, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev. Med*, 96(3), 187-192.

Santos, S. L. D., Rodrigues, M. I., Nascimento, A. B. D. D., Rocha, L. R., Fonseca, S. D. S. S., & Camelo, A. M. (2020). Conhecendo o funcionamento e atuação da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa no município de Cristiano Castro – Piauí, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(7).

Schenker, M., & Costa, D. H. D. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369-1380.

Silva, C. K. A., Freitas, C. A. S. L., & Goyanna, N. F. (2018). Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral – Ceará. *Essentia*, 19(2), 23-33.

Silva, K. L., Sena, R. R. D., Seixas, C. T., Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2010). Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*, 44(1), 166-176.

Silva, K. L., Silva, Y. C., Lage, É. G., Paiva, P. A., & Dias, O. V. (2017). Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, 22(4).

Silva, S. A., Almeida, V. L., Oliveira, F., & Franco, T. L. B. (2014). Classificação do grau de risco de famílias na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*, 17(1), 111-115.

Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1737-1750.

Tomaz, A. C. D. S., Silva, G., Fabiano, L. C., Fernandes, S., & Tos, D. D. (2021). Análise do risco de quedas em idosos submetidos à avaliação da mobilidade, equilíbrio e marcha. *Arquivos do Mudi*, 25(3), 10-24.

Vasconcellos, M. M., Gribel, E. B., & Moraes, I. H. S. D. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, (24, Sup. 1), 173-182.

Vasconcelos, P. F. D., Teles, M. F., Paiva, J. A. C., Vilela, A. B. A., & Yarid, S. D. (2021). Financiamento da pesquisa no Brasil ao longo de dez anos. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 21258-21271.

Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751-1762.

Vila Velha. (2021). *Relatório de Gestão 2020*. https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/Relatorio%20Anual%20de%20Gestao%202020_%20Fundo%20Municipal%20de%20Saude.pdf

Vitória. (2021). *Plano Municipal de Saúde (período 2018-2021)*. <https://www.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=3244>

Wanderley, R. M. M., Cunha, D. G. P. D., Felisberto, A. M., S., Oliveira, B. R. S. D., Bittencourt, G. K. G. D., Amaral, A. K. D. F. J. D., & Silva, A. O. (2019). Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Rev Enferm UFPE online*, 13(1), 472-482.

[RSD] Agradecimento pela submissão

Yahoo/Entrada ★



Research, Society and Development <articles@rsdjournal.org>
Para: Renata Moreira Ripari

qui., 9 de jun. às 17:31 ★

Renata Moreira Ripari,

Agradecemos a submissão do trabalho "CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES" para a revista Research, Society and Development. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/authorDashboard/submission/31569>

Login: remoreira

O custo de publicação do artigo (APC) é de R\$ 300,00 (trezentos reais) para autores brasileiros e USD 100.00 (cem dólares) para os demais autores.

As informações do custo serão enviadas após o aceite do artigo.

Entre em contato conosco também pelo WhatsApp +55 (11) 98679-6000

Equipe Research, Society and Development
rsdjournal.org

ANEXO A – CARTA DE APRESENTAÇÃO/ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
PMV/SEMUS/ETSUS	PMV/SEMUS/CIS	03/09/2021	Regina

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Sr(a). Diretor(a),

O projeto de pesquisa intitulado Programa "Melhor em Casa" no município de Vitória, de autoria da pesquisadora Renata Moreira Ripari, foi aprovado pela Comissão Técnica de Pesquisa da PMV/SEMUS, instituída pela Portaria n.º 038/2021.

Esclarecemos que o presente tem como objetivo traçar o perfil dos usuários que necessitam de atendimento do Programa "Melhor em Casa" em um município.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (PMV/SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do(s) pesquisador(es).

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização tem validade de 1 ano.

Reafirmamos que cabe ao pesquisador o convite aos participantes, após acordo com o Diretor do Serviço.

Atenciosamente,

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA "MELHOR EM CASA" NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

Pesquisador: RENATA MOREIRA RIPARI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45418621.7.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.844.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem quantitativa, desenvolvida na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória.

O objetivo é Traçar o perfil dos usuários que necessitam de atendimento do Programa "Melhor em Casa" em um município da região Sudeste.

A pesquisa será desenvolvida na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória. Será realizada a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes com indicação em participar do Programa "Melhor em Casa", através dos prontuários eletrônicos da Rede Bem-Estar.

Será realizada a identificação do perfil epidemiológico dos pacientes com indicação em participar do Programa "Melhor em Casa". Por meio dos prontuários eletrônicos da Rede Bem-Estar para levantamento dos dados sociodemográfico e clínico desses pacientes, serão coletadas as seguintes variáveis: idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de instrução; renda familiar; diagnósticos médicos; grau de

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 4.844.028

dependência

para deambular; via de

respiração; via de alimentação; suporte de oxigênio suplementar; presença de lesão por pressão (LPP), local da lesão; bairro/região da residência e se possui cuidador (familiar ou não)

Os dados coletados serão organizados e analisados pela técnica estatística descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o

auxílio do software Microsoft Excel. Posteriormente, os dados serão apresentados em tabelas.

Propõe a dispensa do TCLE considerando em "razão dessa pesquisa apresentar caráter retrospectivo, por se tratar de levantamento de dados junto a banco de

dados da Rede Bem-Estar", totalizando uma amostra de 384 prontuários

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil dos usuários que necessitam de atendimento do Programa "Melhor em Casa" em um município.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil dos pacientes que necessitam da atenção domiciliar no município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos e benefícios, determina que:

"Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Nesse estudo, o risco é de quebra do sigilo. Serão coletados dados dos prontuários eletrônicas de forma sigilosa e sem identificação por nome dos pacientes. Para minimizar o risco de quebra do sigilo, os dados do estudo serão armazenados em computador com senha e somente será acessado pela pesquisadora e orientadora da pesquisa. Além disso, redigimos o Termo de Sigilo e Confidencialidade dos dados, que também minimiza o risco de quebra do sigilo".

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 4.844.028

"Benefícios:

O resultado da pesquisa vai ampliar o conhecimento sobre a população que necessita de atendimento domiciliar. Este estudo possibilitará o levantamento de dados os quais poderão, posteriormente, subsidiar a organização de um programa de atenção domiciliar em uma capital brasileira, visando uma melhoria no que tange ao acesso aos serviços de saúde da população com limitações de locomoção, causando impacto positivo nesses indivíduos, na família e sociedade. Ao final da pesquisa espera-se ter o perfil da população alvo, a fim de realizar uma descrição das condições de saúde dos pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, fortalecendo o planejamento das ações para essa população no município".

Riscos e benefícios atendem a Resolução CNS 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em parecer anterior constavam as seguintes pendências a serem respondidas: Esclarecer qual o lapso temporal serão pesquisados os prontuários, Apresentar justificativa ou cálculo amostral no PB informações Básicas do projeto para a amostra de 384 prontuários, e Apresentar no cronograma do PB informações Básicas do projeto, qual a data de finalização do estudo.

Nesta versão atual, todas as pendências foram respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nesta versão apresenta: Carta Resposta, Projeto Brochura e PB informações básicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 4.844.028

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1732897.pdf	15/06/2021 14:09:29		Aceito
Outros	Carta_resposta_cep_nova.docx	15/06/2021 14:08:32	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Renata_Moreira_Ripari_nova_versao.doc	15/06/2021 14:07:06	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4780933.pdf	15/06/2021 13:57:42	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_e_Confidencialidade.pdf	15/06/2021 13:57:00	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Cronograma	Cronograma_cep.docx	15/06/2021 13:55:36	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_renatamoreiraripari.pdf	09/06/2021 09:15:28	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Ausencia_tcle.docx	08/06/2021 13:54:24	RENATA MOREIRA RIPARI	Aceito
Orçamento	orcamento_cep.docx	09/04/2021 11:02:23	Renata Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_pmv.pdf	09/04/2021 10:59:24	Renata Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 13 de Julho de 2021

Assinado por:
KARLA DE MELO BATISTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

ANEXO C – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

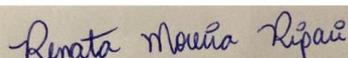
JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme assegura a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, em seu IV artigo que versa sobre o Consentimento Livre e Esclarecido:

IV.8 - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

Eu, Renata Moreira Ripari, pelo presente termo, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo a DISPENSA do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em razão da pesquisa intitulada PROGRAMA “MELHOR EM CASA” NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES, apresentar caráter retrospectivo, por se tratar de levantamento de dados junto ao banco de dados (prontuários eletrônicos) da Rede Bem-Estar, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Termo de Anuência Prévia autorizado pela instituição Prefeitura Municipal de Vitória, onde a pesquisa será realizada.

Vitória, 08 de junho de 2021



Renata Moreira Ripari – Pesquisadora Responsável pela Pesquisa

ANEXO D – TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

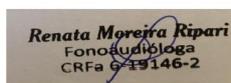
No presente termo, as pesquisadoras envolvidas no projeto intitulado **PROGRAMA “MELHOR EM CASA” NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES**, se comprometem a manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderá ter acesso **nos prontuários eletrônicos dos pacientes do sistema Rede Bem Estar**.

São partes do compromisso:

- a) Zelar pela privacidade do conteúdo acessado, preservando os indivíduos citados nas bases de dados disponíveis;
- b) Utilizar os dados disponíveis exclusivamente para as finalidades constantes no projeto;
- c) Não permitir, por nenhum motivo, que pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria Municipal de Vitória tenham acesso aos dados ou indivíduos;
- d) Vetar a divulgação – por qualquer meio de comunicação – de dados ou informações que identifiquem os sujeitos de pesquisa e outras variáveis das bases de dados que permitam a identificação dos indivíduos; e
- e) Não praticar e não permitir qualquer ação que comprometa a integridade dos indivíduos ou das bases de dados disponíveis.

As pesquisadoras, aqui representadas pela Fga. Renata Moreira Ripari e pela Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima, assumem total responsabilidade pelas consequências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista no seu protocolo de pesquisa, conforme disposto nos documentos internacionais e na Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Ministério da Saúde.

Respeitosamente,


Renata Moreira Ripari
Fonoaudióloga
CRFa 913146-2

15/06/2021

Nome e carimbo das pesquisadoras responsáveis



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por ELIANE DE FATIMA ALMEIDA LIMA - SIAPE 1723935 Departamento de Enfermagem - DE/CCS Em 15/06/2021 às 12:39

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/207112?tipoArquivo=0>