

ATENÇÃO DOMICILIAR PARA IDOSOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS E OS FLUXOS DE ATUAÇÃO EM REDE

HOME CARE FOR THE ELDERLY IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF USERS AND NETWORK FLOWS OF CARE

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS USUARIOS Y FLUJOS DE ACTUACIÓN DE LA RED

¹Denis Fernandes da Silva Ribeiro

²Ione Andrade Loureiro

³Solena Ziemer Kusma

¹Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Curitiba, PR, Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2597-0954>

²Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Escola de Ciências da Saúde, Duque de Caxias, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4359-4323>

³Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR/ Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1708-0038>

Autor correspondente

Denis Fernandes da Silva Ribeiro

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, R. Gen. Carneiro, 181 - Prédio Anexo B, 3º andar, Alto da Glória, Brasil. CEP: 80060-900, Curitiba, PR, Brasil. Telefone: +554198799-6720. E-mail: denis.ribeiro@ufpr.br

Submissão: 01-04-2024

Aprovado: 21-11-2024

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde, com foco na desospitalização, cuja população usuária mais frequente tem sido os idosos. **Objetivos:** Este trabalho objetiva caracterizar o perfil socioeconômico, clínico e nível de dependência do idoso acompanhado em um Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde e analisar os fluxos de atuação em rede do Serviço de Atenção Domiciliar da cidade de Duque de Caxias, RJ, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de prontuários de 113 idosos atendidos em um Serviço de Atenção Domiciliar da Cidade de Duque de Caxias/RJ. **Resultados:** Os idosos em maioria tinham idade entre 80 e 89 anos (38,9%), eram mulheres (66,4%), estas concentraram maior nível de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária ($p<0,01$). Houve concentração de baixa escolaridade (50,5%), baixa renda (66,4%) e alta carga de doenças, sendo as principais as síndromes demenciais (44,2%) e os episódios de Acidente Vascular Encefálico (39%). O modelo assistencial se demonstrou hospitalocêntrico, visto que os hospitais foram os principais serviços de origem (38,9%) e acessados via contrarreferência (33,6%). **Conclusão:** As variáveis estudadas viabilizaram a caracterização de um perfil populacional de vulnerabilidades sociais, econômicas e clínicas. Os achados servem de subsídio para a melhoria dos processos de cuidado mediante intervenções atentas e específicas ao perfil dos usuários do serviço.

Palavras-chave: Idosos; Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar aos Idosos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Home Care is a strategy for reorienting the care model in the Unified Health System, with a focus on de-hospitalization, whose most frequent user population has been the elderly. **Objectives:** This study aims to characterize the socio-economic, clinical and level of dependency of the elderly in a Home Care Service of the Unified Health System and to analyze the flows of action in the network of the Home Care Service from Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Method:** This is a cross-sectional and retrospective study with a quantitative approach. Data was collected from the medical records of 113 elderly people linked to a Home Care Service from Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. **Results:** Most of the elderly were aged between 80 and 89 years (38.9%), were women (66.4%), and these concentrated a higher level of dependence for Basic Activities of Daily Living ($p<0.01$). There was a concentration of low levels of schooling (50.5%), low income (66.4%) and high disease burden, the main ones being dementia syndromes (44.2%) and episodes of stroke (39%). The care model is hospital-centered, since hospitals were the main services of origin (38.9%) and accessed via counter-referral (33.6%). **Conclusion:** The variables allowed the characterization of a population profile in terms of social, economic and clinical vulnerability. The results serve as an aid for improving care processes through attentive interventions specific to the profile of service users.

Keywords: Aged; Home Nursing; Home Care Services; Health Services for the Aged; Unified Health System.

RESUMEN

Introducción: La atención domiciliar es una estrategia de reorientación del modelo asistencial en el Sistema Único de Salud, con un enfoque de des-hospitalización, cuya población usuaria más frecuente han sido las personas mayores. **Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo caracterizar el perfil socioeconómico, clínico y nivel de dependencia de los ancianos monitoreados en un Servicio de Atención Domiciliar del Sistema Único de Salud y analizar los flujos de la red del Servicio de Atención Domiciliar en la ciudad de Duque de Caxias, RJ, Brasil. **Método:** Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de 113 ancianos atendidos en un Servicio de Atención Domiciliar en la ciudad de Duque de Caxias/RJ. **Resultados:** La mayoría de los ancianos tenían entre 80 y 89 años (38,9%), eran mujeres (66,4%) y presentaban un mayor nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria ($p<0,01$). Se concentraban bajos niveles de escolarización (50,5%), bajos ingresos (66,4%) y alta carga de enfermedad, siendo las principales los síndromes demenciales (44,2%) y los episodios de ictus (39%). El modelo asistencial resultó ser hospitalocéntrico, ya que los hospitales fueron los principales servicios de origen (38,9%) y a los que se accedió mediante contrarreferencia (33,6%). **Conclusión:** Las variables estudiadas permitieron caracterizar un perfil poblacional de vulnerabilidades sociales, económicas y clínicas. Los hallazgos sirven de subsidio para mejorar los procesos de atención mediante intervenciones atentas y específicas al perfil de los usuarios de los servicios.

Palabras clave: Anciano; Atención Domiciliar de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Atención Domiciliar de Salud para Ancianos; Sistema Único de Salud.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade evidente no Brasil e no mundo. Os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde¹ demonstraram que 1,1 bilhão de pessoas em todo o mundo tinham idade maior ou igual a 60 anos. No Brasil, ao final de 2023, o número de idosos correspondia a 15,8% de toda a população².

Em consonância a esta mudança demográfica, há, também, uma transição no perfil epidemiológico, com incremento na prevalência de doenças crônicas e degenerativas³⁻⁵. Por consequência, as demandas de cuidados em saúde apresentadas pela população tornam-se prolongadas, gerando diferentes impactos sociais, econômicos e sanitários.

Para os sistemas de saúde, os impactos decorrentes da maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas incluem a dependência prolongada dos serviços de saúde e, especialmente, a elevação das internações hospitalares. Gerando, com isto, a sobrecarga dos serviços, a insuficiência de leitos hospitalares, o incremento na incidência de infecção hospitalar e perda da qualidade de vida⁴.

Neste contexto, diferentes estratégias têm sido implementadas para reorientação do modelo assistencial vigente³, que ainda é centrado social e culturalmente na atenção hospitalar. Dentre estas estratégias emerge a Atenção Domiciliar (AD) e, especialmente, o Programa Melhor em

Casa, em expansão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde o ano de 2011³.

O Programa Melhor em Casa surge com o objetivo-fim de fornecer “a segurança do hospital no conforto do seu lar” ao reunir e articular as iniciativas de Serviços de Atenção Domiciliar implementadas em municípios brasileiros desde a década de 90⁶. A AD retoma o espaço domiciliar das pessoas com agravos à saúde como um lugar de tratamento e cura, com o envolvimento de familiares e a promoção de cuidados apoiados em saúde⁴⁻⁶.

Por definição, a AD é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, e se caracteriza por ações contínuas que vão desde a promoção à saúde, mas também a prevenção, o tratamento e a reabilitação de agravos, realizadas no ambiente domiciliar e integradas às redes de atenção à saúde⁷.

No âmbito do SUS, os Serviços de Atenção Domiciliar transitam entre os diferentes níveis de atenção e complexidade. Na Rede de Atenção à Saúde, estes serviços complementam e intensificam a assistência prestada por serviços de Atenção Primária; aprimoram e mantêm a continuidade dos recursos ambulatoriais da Atenção Secundária; e otimizam os leitos da Atenção Terciária, ao viabilizarem a desospitalização de pacientes que não preenchem mais critérios para internação hospitalar⁶⁻⁷.

Embora a AD não seja uma política de saúde específica para a população idosa, são os idosos que mais se beneficiam desta modalidade assistencial e, também, o público mais frequente



nestes serviços. Isto, considerando que nestes serviços, o cuidado é pautado na ampliação do acesso, no acolhimento, na humanização e na integralidade, com foco na preservação e recuperação da funcionalidade e autonomia³⁻⁷.

Nessa perspectiva, conhecer o perfil socioeconômico, clínico e funcional do idoso atendido pela Atenção Domiciliar torna-se relevante para o estabelecimento de estratégias para melhoria do acesso e qualidade do cuidado neste serviço de saúde. Cabe ressaltar, ainda, que inexistem base que agrupe dados sobre o perfil da população idosa usuária dos Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil, assim, este trabalho agrega dados que podem subsidiar estudos subsequentes na temática.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivos: caracterizar o perfil socioeconômico, clínico e nível de dependência do idoso acompanhado em um Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde; e analisar os fluxos de atuação em rede do Serviço de Atenção Domiciliar da cidade de Duque de Caxias, RJ.

MÉTODOS

O presente trabalho se trata de um estudo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. O estudo seguiu as diretrizes do *guideline Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE) da rede *Equator*⁸.

O cenário do estudo foi um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Sistema Único de Saúde componente da Rede de Atenção à Saúde

da cidade de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Duque de Caxias faz parte da região da Baixada Fluminense, sendo a terceira maior cidade de todo o estado do Rio de Janeiro e conta com mais de 800 mil habitantes, sendo que aproximadamente 129 mil (15,9%) da população tinha idade maior ou igual a 60 anos².

O SAD estudado funciona desde o ano de 2012, e no período de coleta de dados, existiam no serviço dezoito profissionais de nível superior e cinco de nível médio. Esses profissionais encontravam-se divididos em duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e uma Equipe Multiprofissional de Apoio.

As equipes eram responsáveis pelo atendimento de 124 usuários. Destes, 115 possuíam idade igual ou superior a 60 anos e vínculo ativo com o serviço. Foram excluídos do estudo dois usuários, os quais os prontuários não estavam disponíveis. A coleta de dados foi retrospectiva, onde foram levantados dados sociodemográficos e clínicos dos prontuários de pacientes idosos atendidos pelo referido serviço desde a abertura do serviço em 2012 até o ano de 2017 (ano em que houve migração de interface de prontuários).

As variáveis utilizadas para a coleta de dados foram idade, gênero, distrito de moradia, nível educacional, renda, cuidador(a) responsável, tempo de atendimento, unidade de origem, serviços acionados pelo SAD, diagnósticos médicos, comorbidades associadas e nível de dependência para as Atividades de Vida Diária, pelas escalas de Katz e Lawton.



Os dados coletados dos prontuários foram inseridos em um banco de dados e analisados por análise estatística pelos softwares IBM® SPSS® Statistics (Versão 21) e do Microsoft® Office Excel 2019. Foram calculadas medidas de tendência central, por meio de médias, medianas, números absolutos e percentuais; e de correlação, através do teste de qui-quadrado de Pearson em que valores de $p \leq 0,05$ foram considerados correlações significativas.

A pesquisa respeitou os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados apenas se iniciou mediante a apreciação e aprovação ética através do CAAE nº 51203115.6.0000.5283 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

RESULTADOS

Foram analisados 113 prontuários ($n=113$), onde a maioria (66,4%) era composta por

mulheres idosas, com idade que variou dos 60 aos 103 anos, com média de idade de 79 anos e mediana de 80 anos (desvio padrão de 10,1 anos). Ao estratificar os grupos, a faixa etária mais frequente (38,9%) foi a de 80 a 89 anos, revelando um perfil etário de idosos muito idosos (*Very Old Elderly*). Cabe salientar, ainda, que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre ser mulher e possuir dependência total para as atividades pela escala de capacidade funcional de Katz.

A análise da escolaridade revelou que este é um dado omitido em 46% dos prontuários. Dos dados disponíveis, 30,1% dos usuários acessaram apenas o ensino fundamental, seguido de 20,4% que nunca estudaram, revelando, assim, um perfil de baixa escolaridade. Quanto à renda, 57,5% viviam com um salário-mínimo, que em 53,1% de todos os casos é proveniente de aposentadoria. A tabela 1 apresenta as demais variáveis estudadas a partir do perfil de dependência dos usuários acompanhados.

Tabela 1 - Distribuição de faixa etária, escolaridade, renda e distrito de moradia por nível de dependência aferido pela escala de Katz. Duque de Caxias, RJ, 2024.

Variáveis	Nível de dependência		Total n(%) n=113	p-valor
	Parcial n=38(33,6%)	Total n=75(66,4%)		
Faixa etária				p=0,13
60 a 69 anos	5(20%)	20(80%)	25(22,1%)	
70 a 79 anos	14(48,3%)	15(51,7%)	29(25,7%)	
80 a 89 anos	16(36,4%)	28(63,6%)	44(38,9%)	
90 a 99 anos	3(25%)	9(75%)	12(10,6%)	
≥ a 100 anos	0	3(100%)	3(2,7%)	
Gênero				p<0,01
Mulher cisgênero	16(21,3%)	59(78,6%)	75(66,4%)	
Homem cisgênero	22(57,9%)	16(42,1%)	38(33,6%)	
Escolaridade				p=0,86
Nunca estudou	9(39,1%)	14(60,9%)	23(20,4%)	



Ensino fundamental	10(29,4%)	24(70,6%)	34(30,1%)
Ensino médio	1(25%)	3(75%)	4(3,5%)
Sem informação/ignorado	18(34,6%)	34(65,4%)	52(46%)

**Continua
Continuação**

p=0,5

Renda				p=0,5
Menor que 1 salário-mínimo	1(10%)	9(90%)	10(8,9%)	
1 salário-mínimo	22(33,9%)	43(66,1%)	65(57,5%)	
≥2 salários-mínimos	1(25%)	3(75%)	4(3,5%)	
Sem informação/ignorado	10(41,2%)	20(58,8%)	34(30,1%)	
Proveniência da renda				p=0,5
Aposentadoria	23(38,3%)	37(31,7%)	60(53,1%)	
Pensão	2(14,3%)	12(85,7%)	14(12,4%)	
Benefício de Prestação	4(57,1%)	3(42,9%)	7(6,2%)	
Sem renda	7(31,8%)	15(68,2%)	22(19,5%)	
Sem informação	2(20%)	8(80%)	10(8,8)	
Tempo de permanência no serviço				p=0,09
≤ a 1 ano	15(37,5%)	25(62,5%)	40(35,5%)	
2 anos	10(26,3%)	28(73,7)	38(33,6%)	
3 anos	2(20%)	8(80%)	10(8,8%)	
≥ a 4 anos	11(44%)	14(56%)	25(22,1%)	

* Correlação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Fonte: Elaboração própria pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2024).

A tabela 2 permite análise do perfil clínico dos idosos e revela uma alta prevalência de Síndromes Demenciais e Acidentes Vasculares Encefálico (AVE) como principais causas que demandaram a assistência domiciliar pelo SAD (44,2% e 39%, respectivamente). Tais condições apresentaram associação direta com um maior nível de dependência funcional dos usuários ($p<0,01$). Outro destaque foi a carga de comorbidades na população estudada, em que

62% de todos os idosos tinham 2 ou mais doenças atuando em conjunto.

Outro indicador de capacidade funcional foi a escala de Lawton & Brody, que mensura o nível de dependência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Neste caso, 71 pacientes (62,8%) apresentavam-se totalmente dependentes. A tabela 2 detalha tais variáveis.

Tabela 2 – Variáveis clínicas, segundo o nível de dependência pela escala de Katz apresentada na população usuária do Serviço de Atenção Domiciliar estudado. Duque de Caxias, RJ, 2024.

Variáveis	Nível de dependência		Total n(%)	p-valor
	Parcial n=38(33,6%)	Total n=75(66,4%)		
Diagnóstico médico principal				p<0,01*
Demências	9(18%)	41(82%)	50(44,2%)	
Acidente vascular encefálico	18(40,9%)	26(59,1%)	44(39%)	

Fraturas ósseas e osteopatias	4(66,6%)	2(33,4%)	6(5,3%)
			Continua Continuação
Neuropatias	1(25%)	3(75%)	4(3,5%)
Cardiopatias e vasculopatias	4(100%)	0	4(3,5%)
Neoplasias	0	2(100%)	2(1,8%)
Outros diagnósticos	2(66,6%)	1(33,4%)	3(2,7%)
Número de comorbidades			p=0,1
≤1 comorbidade	10(23,3%)	33(76,7%)	43(38%)
≥ 2 comorbidades	28(40%)	42(60%)	70(62%)
Pontuação na escala de Lawton & Brody			p<0,01*
9 (Totalmente dependente)	0	71(100%)	71(62,8%)
10 a 15 (Dependência grave)	38(98,5%)	4(9,5%)	42(37,2%)

* Correlação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Fonte: Elaboração própria pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2024).

Como os cuidadores exercem relevante papel para a efetivação da assistência domiciliar, também foram levantados dados referentes a estes. No serviço estudado, a parcela maciça (96,5%) dos cuidadores é composta por familiares que exercem cuidado não remunerado

e sem formação técnica para tal. Isto pode guardar relação com o nível socioeconômico da população do serviço estudado, em que inexistente disponibilidade financeira para custeio de cuidador formal.

Tabela 3 – Relação de parentesco e gênero dos cuidadores dos idosos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar estudado. Duque de Caxias, RJ, 2024.

Variáveis associadas aos cuidadores principais	Total n(%)
Relação do cuidador	
Cuidador informal (familiar)	109(96,5%)
Cuidador formal/remunerado	4(3,5%)
Parentesco do cuidador(a) principal	
Filho (a)	58(51,3%)
Companheiro (a)	25(22,1%)
Irmão (a)	8(7,1%)
Neto (a)	6(5,3%)
Outro familiar	12(10,6%)
Não se aplica (cuidador)	4(3,5%)
Gênero do cuidador principal	
Mulher cis ou transgênero	90(79,7%)
Homem cis ou transgênero	23(20,3%)

Fonte: Elaboração própria pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2024).

Ao detalhar o perfil dos cuidadores, observa-se que o papel de cuidado é realizado majoritariamente (79,7%) por mulheres, que normalmente são filhas (os), companheiras (os) e irmãs (os). Neste caso, quando o papel é desempenhado por companheiras (os) ou irmãs (os) das (os) pacientes, cabe o destaque de que estas (os) também podem ser idosas (os). A tabela 3 permite visualização sobre as variáveis associadas aos cuidadores.

Ao se analisar o fluxo destes pacientes, verificou-se que o serviço de origem dos pacientes ao SAD, em 38,9% dos casos, surgiu de Serviços de Atenção Hospitalar, em especial do Hospital Geral em que se encontra a sede do

SAD estudado. Na sequência, as Unidades de Urgência e Emergência corresponderam a 20,4% do número de encaminhamentos ao serviço, seguido das Unidades de Atenção Primária com 11,5% dos encaminhamentos.

Cabe destaque às demandas provenientes dos próprios usuários e familiares por meio de demandas espontâneas e judiciais (10,6% do total), que ocorrem quando o próprio usuário ou sua família realizam a demanda de atendimento pelo SAD. As demandas por via judicial, em específico, podem sugerir dificuldades no acesso por demanda espontânea ou dos demais fluxos de encaminhamento estabelecidos pelos outros serviços.

Tabela 4 - Disposição do fluxo de atuação em rede pelo Serviço de Atenção Domiciliar estudado. Duque de Caxias, RJ, 2024.

Variáveis	Total n(%) n=113
Serviços de origem	
Serviço de atenção hospitalar	44(38,9%)
Unidades de urgência e emergência	23(20,4%)
Unidades de atenção primária	13(11,5%)
Serviços ambulatoriais especializados	11(9,7%)
Instituições de longa permanência	10(8,8%)
Demanda espontânea	7(6,2%)
Demandas judiciais	5(4,4%)
Serviços da rede acessados via SAD	
Serviço de atenção hospitalar	38(33,6%)
Unidades de urgência e emergência	12(10,6%)
Serviços ambulatoriais especializados	9(8%)
Sem encaminhamentos	54(47,8%)

Fonte: Elaboração própria pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2024).

Sobre os encaminhamentos do SAD para outros serviços, em 54 casos (47,8%) não houve qualquer encaminhamento dos usuários para

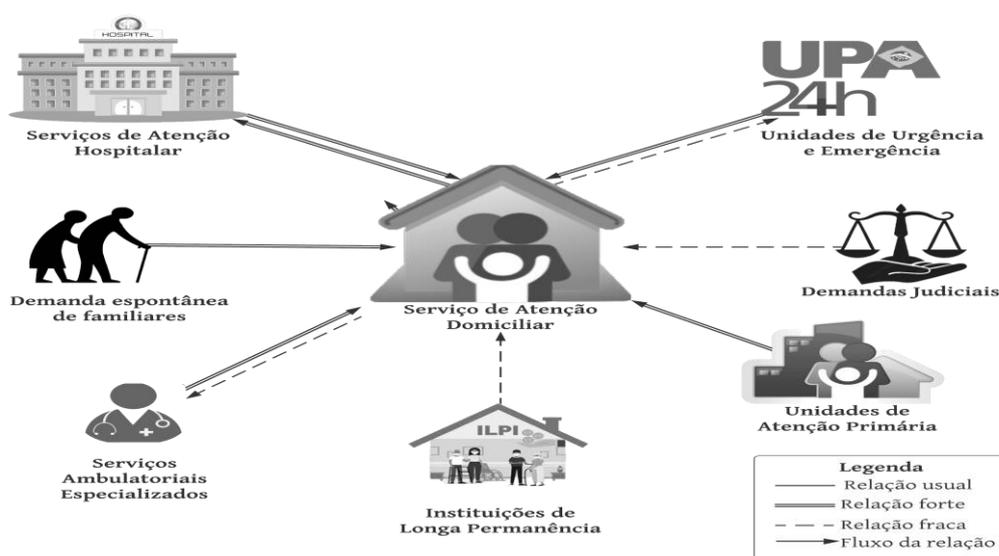
outros serviços e quando estes encaminhamentos aconteceram, em maioria se destinava a novas hospitalizações (33,6%) ou atendimentos de

urgência e emergência (10,6%). A tabela 4, a seguir, evidencia os dados referentes aos fluxos de acesso e referenciamento do SAD.

Ainda sobre os fluxos de atuação em Redes de Atenção à Saúde, a partir dos dados documentais, se procedeu a construção de um ecomapa (Figura 1) sobre as relações entre os

serviços da rede e o SAD estudado. O ecomapa evidenciou que alguns fluxos de acesso entre os serviços são unidirecionais, havendo, também, destaque para uma relação mais forte (com retroalimentação) entre o SAD e a rede hospitalar do que entre o SAD e as Unidades de Atenção Primária.

Figura 1 – Ecomapa da rede de serviços relacionada ao Serviço de Atenção Domiciliar estudo a partir da frequência de encaminhamentos. Duque de Caxias, RJ, 2024.



Fonte: Elaboração própria pelos autores, a partir dos dados da pesquisa (2024).

DISCUSSÃO

Ao caracterizar o perfil dos idosos assistidos pelo SAD estudado, algumas características foram ressaltadas, dentre as quais estão a maior concentração de mulheres, a idade avançada, a baixa escolaridade, a prevalência de comorbidades e incapacidades funcionais que geram dependência.

Assim como visualizado em outros estudos^{5,9-16}, o número de mulheres idosas foi maior do que o de homens. Tal processo de feminização do envelhecimento decorre devido

ao fato de as mulheres deterem e alcançarem maior expectativa de vida^{14,17}. Entretanto, a longevidade não é sinônimo de anos vividos com qualidade de vida, já que as mais longevas concentram maior número de morbidades que impactam na sua funcionalidade^{11,14,17}.

As mulheres concentraram maior nível de dependência, com evidência estatística ($p < 0,01$), enfatizando a relevância de abordagens sensíveis e equitativas às disparidades de gênero. A consideração sobre as diferenças existentes nas necessidades de saúde das mulheres idosas é

crucial para a garantia de um cuidado equânime e integral na atenção domiciliar^{11,14-15}.

Ainda sobre a faixa etária, este estudo encontrou um perfil de pessoas muito idosas, próximo ao encontrado em estudos realizados em Minas Gerais³, Curitiba¹⁰, Rio de Janeiro¹³ e em Porto Alegre^{11,14}. Neste estudo, o nível de dependência demonstrou-se progressivo em consonância com a evolução etária. A dependência total variou entre os 63,6 e 100%, a partir dos 80 anos.

A escolaridade foi outro aspecto emergente. Mesmo sendo um reconhecido fator correlacionado com o nível de fragilidade e dependência¹¹, no cenário do estudo, este foi um dado comumente desconsiderado nos prontuários. Nos dados disponíveis, a baixa escolaridade foi frequente, assim como encontrados em outros estudos^{10-14,18-20}. Cabe apontar que a baixa escolaridade dos idosos, assim como dos cuidadores, pode gerar desafios às equipes assistenciais do SAD para que haja uma comunicação efetiva, essencial para o processo de cuidado domiciliar^{14,18-20}.

Associado a baixa escolaridade, também esteve o baixo nível econômico, caracterizado pela renda de até 1 salário-mínimo para 66,4% da amostra, seguido da ausência total de renda para 19,5%. Este baixo nível econômico, também visualizado em outros estudos^{13,15-16,20}, se configura como uma relevante vulnerabilidade comum em pessoas idosas²¹, sendo, ainda, um fator que pode influenciar no acesso e continuidade ao cuidado domiciliar¹³.

Como a fonte da renda foi, em 65,5% dos casos, derivada de benefícios previdenciários, cabe pontuar a obrigatoriedade de realizações constantes de provas de vida presenciais. Como todos os idosos usuários do SAD estudado encontravam-se acamados ou restritos ao domicílio, tal cobrança evidencia-se como uma violação ao direito previdenciário destes. O transporte de idosos restritos ao leito ou ao domicílio, quando possível, demandava a mobilização de recursos e esforços nem sempre disponíveis à família. Os mecanismos de provas de vida digitais ou domiciliares foram implementados somente no ano de 2021, em decorrência da pandemia pela COVID-19²².

O perfil nosológico dos idosos acompanhados ao SAD estudado demonstra elevada carga de doenças que geram incapacidades, tais como as síndromes demenciais e os episódios de acidente vascular encefálico corresponderam a 83,2% do total dos motivos de encaminhamentos ao SAD. Estas doenças, que têm longa duração e que demandam cuidados crônicos⁵, também se destacam em outros estudos^{3,10-13,16-17,20} com usuários em atenção domiciliar.

Outras condições como fraturas ósseas, doenças respiratórias – como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) – e as neoplasias também aparecem como doenças mais frequentes em serviços de atenção domiciliar^{5,9,13}, mas que foram pouco prevalentes no serviço estudado.

As doenças crônicas-degenerativas figuram como principais causas de adoecimento,



internação hospitalar e morte nas pessoas idosas^{17,18,21,23}. Isto é visualizado neste estudo, quando houve maior frequência de dependência total na Escala de Katz, que avalia a capacidade funcional para Atividades Básicas de Vida Diária, e na Escala de Lawton & Brody, que avalia a capacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária. Também foi demonstrada correlação estatística significativa ($p < 0,01$) entre a maior dependência e os diagnósticos das doenças, corroborando o abordado anteriormente de que tais condições causam elevados graus de limitação à capacidade funcional^{6,17}.

No que refere aos cuidadores principais, outro pilar elementar do cuidado domiciliar, ficou constatado que esta função é exercida, em maioria (79,7%), por familiares mulheres. Este fenômeno é visualizado em outros cenários de atenção domiciliar^{5,13,18,25,27-29}, já que, socialmente, se atribui à mulher a função de cuidar^{18,27}.

Entretanto, cabe problematizar a baixa proporção de cuidadores profissionais/formais (3,5%), em relação ao número de cuidadores informais/familiares. Isto detém relação com o nível socioeconômico dos usuários acompanhados ao SAD estudado. Ainda que não haja obrigatoriedade na vinculação de cuidadores formais, a predominância de cuidadores informais destaca a pertinência das equipes de AD no provimento de apoio e orientações para suprir a carência de conhecimentos técnicos e teóricos²⁸.

No que refere a construção dos planos de cuidados, torna-se conveniente que as equipes da AD também atuem na distribuição do cuidado entre os familiares do convívio próximo ao paciente, de modo a evitar a sobrecarga do cuidador principal. Isto, considerando que um dos critérios para elegibilidade ao cuidado domiciliar é a disponibilidade de um cuidador em tempo integral^{7,19}.

Em relação aos cuidadores, o cenário mais frequente na AD é a atribuição de um único familiar que assume a prestação dos cuidados em totalidade e, normalmente, abdica do autocuidado^{14,21}. Com isto, decorre a “síndrome da sobrecarga do cuidador”^{13,24-26,28}, que gera impactos físicos, psicoemocionais e sociais ao familiar que assume esta função e que, por consequência, afeta negativamente a efetivação de um cuidado resolutivo e de qualidade^{4,5,9,13,19,21,23-24-28}.

Na perspectiva da articulação do SAD estudado com os demais serviços da rede de saúde, houve o predomínio (59,3%) de relações com serviços hospitalares e unidades de urgência e emergência, sugerindo que a atuação deste serviço pode deter caráter substitutivo à internação hospitalar. Este caráter hospitalocêntrico é previsto na legislação normativa sobre a AD no Brasil⁷, contudo, é interessante ressaltar que o hospital nem sempre consegue atender às demandas de cuidados integrais e longitudinais de idosos.

A análise do Ecomapa de representação do ecossistema de saúde relacionado ao SAD estudado (figura 1) evidencia fluxos de relação

unidirecionais, sendo que os únicos serviços onde os fluxos de encaminhamentos são recíprocos são os hospitais. A Atenção Primária, que deveria ser o centro e ordenadora da rede^{30,31}, aparece em somente 11,5% dos casos como serviço de origem do paciente, não havendo acionamentos através do SAD.

Deste modo, fica evidente que existem fragilidades no que refere a articulação do SAD estudado com a Atenção Primária, já que na organização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, a Atenção Primária se configura como a porta de entrada principal do sistema de saúde, sendo, ainda, o nível de atenção que coordena o acesso às demais ações e serviços³⁰. A articulação diminuída com a Atenção Primária pode indicar problemas nos fluxos de atuação dos serviços, assim como a existência de barreiras que devem ser alvo de intervenções.

Em estudo³⁰ que analisou o compartilhamento de cuidado entre as equipes da Atenção Primária e do SAD, também foram encontrados desafios para a articulação entre estes serviços. Dentre os desafios encontrados neste estudo estiveram: a falta de conhecimento sobre os papéis de cada um dos serviços, dificuldades da Atenção Primária em exercer o seu papel de coordenação do cuidado e a ausência de comunicação efetiva entre os serviços. Tais desafios também podem atuar na realidade do serviço estudado, impactando na frequência com que a Atenção Primária é acionada.

Ainda que a AD tenha enorme potencial de constituição de redes¹², alguns

estudos^{4,6,12,13,19,28,30-31} constataam a existência de fragilidades que afetam a atuação em rede pelos serviços de atenção domiciliar. Especialmente, devido a indisponibilidade dos serviços não hospitalares para atuarem como pronta retaguarda, diante de demandas pelos Serviços de Atenção Domiciliar⁵.

Assim, como a sede do SAD estudado se encontra vinculada à estrutura de um hospital geral, existe a possibilidade de que os fluxos de articulação com este serviço sejam menos difíceis, fazendo com que este seja mais facilmente acessado do que os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde. Contudo, mais estudos exploratórios se tornam necessários para compreensão deste fenômeno.

A implementação de uma abordagem colaborativa e coordenada entre os serviços, cuidadores e profissionais mostra-se fundamental para o fortalecimento dos vínculos e para assegurar a qualidade, integralidade e continuidade dos cuidados domiciliares^{28,30-31}. A fragilidade na articulação entre os serviços sinaliza a necessidade de uma abordagem mais colaborativa, com interações menos unidirecionais e mais integradas.

CONCLUSÕES

Dentre as características que definem o perfil da população idosa usuária do SAD estudado, estiveram a presença majoritária de mulheres, a idade avançada, a baixa escolaridade, a baixa renda e o alto grau de dependência para as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária. Esteve presente



uma carga de múltiplas doenças nos usuários do serviço em questão, estando como principais as síndromes demenciais e os episódios de acidente vascular encefálico que, em maioria, atuavam em conjunto com outras duas patologias.

Sobre os fluxos de atuação em rede, as relações com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde se demonstraram centradas em serviços hospitalares e em unidades de urgência e emergência, com fragilidades na atuação junto a Atenção Primária, reforçando, assim, a necessidade de reorientação dos processos para a efetiva desospitalização. Sendo a Atenção Domiciliar uma estratégia de desospitalização, a centralidade da figura do hospital no cenário estudado torna-se um paradoxo que carece de maiores investigações.

Como implicações para a prática, os achados permitem o conhecimento de características e vulnerabilidades socioeconômicas e clínicas dos usuários dos serviços de AD, possibilitando a implementação de processos de cuidado equânimes e específicos a este público e seus cuidadores. Para a gestão dos serviços de AD, fica demonstrado a necessidade de revisão e fortalecimento da coordenação assistencial, em especial no que refere a articulação com serviços de Atenção Primária.

Por fim, recomenda-se que a atuação em rede dos Serviços de Atenção Domiciliar seja fortalecida, com a revisão dos fluxos de referência e contrarreferência e demais mecanismos de comunicação e integração em Rede de Atenção à Saúde. Recomenda-se, ainda,

a realização de novos estudos que analisem a perspectiva dos profissionais e gestores da AD na constituição e articulação dos serviços em rede.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Population Data Portal. United Nations Population Division [Internet]. 2022 [acesso 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://population.un.org/dataportal/>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022. Censo Demográfico 2022 - População por idade e sexo [Internet]. 2024 [acesso 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=38166&t=resultados>.
3. Silva DVA, do Carmo JR, Cruz MÉA, Rodrigues CAO, Santana ET, de Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [citado 2024 mar 21];10(3): 112-118. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905>.
4. de Oliveira MJS, Boniatti MM, Filippin LI. O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado domiciliar. *RUE* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 21];16(2):e2021v16n2a9. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2021v16n2a9>.
5. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 May [citado 2024 Mar 21];25(5):1863–77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
6. Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM, Collet N. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 21];26:e20220001. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>.



7. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo III, Artigos nº 531 ao 564, Do atendimento e internação domiciliar. Diário Oficial da União 03 out 2017;Seção 1.
8. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFPD. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010[citado 2024 Mar 21]; 44(3):559-565. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.
9. Oliveira AEG, Cury VE. A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). *psicoestud* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 25];250(s/n):1-15. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44108>.
10. Johann DA, Cechinel C, Carvalhal TFT, Benatto MC, Silva GP, Lara JA. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Semin. Cienc. Biol. Saude* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 25];41(1):83-94. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83>.
11. Ramos G, Predebon ML, Pizzol FLFD, Santos NO, Paskulin LMG, Tanaka AKSR, Rosset I. Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2022 [citado 2024 Mar 25];35:eAPE039009234. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-pe/2022A0009234>.
12. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Apr [citado 2024 Mar 25];43(121):592–604. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
13. Neves ACDOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EABD. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mar 25];29(2):e290214. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290214>.
14. Ramos G, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, Soares JV, Paskulin LMG, Rosset I. Idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 25];26:e73818. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.73818>.
15. Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araújo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Kairós-Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2024 Mar 25];19(2):133-46. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30365>.
16. Zandavalli RB, da Silveira JBS, Bueno RM, dos Santos DT, de Castro Filho ED, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 25];15(42):2213. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2213](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2213).
17. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev bras estud popul* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 25];37:e0117. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0117>.
18. Silva RP, Pinto PIDP, Alencar AMC. Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. *Saúde (Sta. Maria)* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 25];3(44):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583424876>.
19. Carvalho DP, Toso BRG O, Viera CS, Garanhani ML, Rodrigues RM, Ribeiro L de FC. Caregivers and implications for home care. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2015 Apr [citado 2024 Mar 25];24(2):450–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>.
20. Machado DO, Mahmud SJ, Coelho RP, Ceconi CO, Jardim GS, Paskulin LMG. Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 25];27(2):e5180016.



DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005180016>.

21. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 May [citado 2024 Mar 25];17(5):1159–65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500010>.

22. Presidência da República (Brasil). Lei nº 14.199 de 2 de setembro de 2021. Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre medidas alternativas de prova de vida para os beneficiários da Previdência Social durante o estado de calamidade... Diário Oficial da União 3 set 2021; Seção 1: Página 1.

23. Dantas IC, Pinto Junior EP, Medeiros KKAS, Souza E de A. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Kairós-Gerontol [Internet]. 2017 [citado 2024 Mar 26];20(1):93-108. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p93-108>.

24. Shimabukuro S, Shimabukuro J, Cavalli L. Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais assistidos por um serviço de atenção domiciliar do oeste do paraná. FJH [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 27];2(2):205-11. DOI: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.194>.

25. Cruz MEA, Silva DVA, Carmo JR do, Araújo GD, Camisasca LR, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Sobrecarga do cuidador de pacientes atendidos na atenção domiciliar. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 27];14:e244235 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244235>.

26. Correia ET, Rêgo AS, Silva M, Sanches RCN, Silva ES, Milani D, Radovanovic CAT. Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal para o Brasil – versão curta. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 27];75(4):e20210862. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0862>.

27. Silva YC, Silva KL. Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões

psicoafetiva, cognitiva e moral. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 27];24(4):e20190335. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0335>.

28. Bertagnoli MSFF, Melchior MI, Monti RG, Kimura RA. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Physis [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 27];31(1):e310113. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310113>.

29. Brum K, Camacho ACLF. Elementos fundamentais para construção da tecnologia educacional digital para cuidadores familiares de idosos com demência. Rev. Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 21];98(2): e024293-e024293. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.1734>.

30. Silva JL, Teston EF, Marcon SS, Arruda BCCG, Ramos AR, Batiston AP. Perception of health professionals about shared care between primary care and home care. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 27];42:e20200410. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200410>.

31. Tofani LFN, Furtado LAC, Andrezza R, Bigal AL, Feliciano DGCF, Silva GR, Chioro A. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. Saude soc [Internet]. 2023 [citado 2024 Mar 27];32(1):e220122pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>.

Fomento: Financiamento pela Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (Funadesp) vinculado ao Edital n.01/2015, através da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Escola de Ciências da Saúde, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

Crerios de autoria e contribuies dos autores



Denis Fernandes da Silva Ribeiro atuou na (1) Concepção ou delineamento do estudo; (2) Coleta, curadoria, análise e interpretação dos dados (3) Elaboração do manuscrito; (4) Revisão crítica do conteúdo; (5) Aprovação final da versão a ser publicada; (6) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Ione Andrade Loureiro atuou na (1) Concepção e delineamento do estudo; (2) Curadoria, análise e interpretação dos dados (3) Revisão crítica do conteúdo; (4) Redação do manuscrito (5) Aprovação final da versão a ser publicada; (6) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Solena Ziemer Kusma atuou na (1) Curadoria, análise e interpretação dos dados; (2) Concepção ou delineamento do manuscrito; (3) Revisão crítica do conteúdo; (4) Aprovação final da versão a ser publicada; (5) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Declaração de conflito de interesses

“Nada a declarar”.

Editor Científico: Francisco Mayron Morais Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>



Critérios de autoria e contribuições dos autores

Denis Fernandes da Silva Ribeiro atuou na (1) Concepção ou delineamento do estudo; (2) Coleta, curadoria, análise e interpretação dos dados (3) Elaboração do manuscrito; (4) Revisão crítica do conteúdo; (5) Aprovação final da versão a ser publicada; (6) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Ione Andrade Loureiro atuou na (1) Concepção e delineamento do estudo; (2) Curadoria, análise e interpretação dos dados (3) Revisão crítica do conteúdo; (4) Redação do manuscrito (5) Aprovação final da versão a ser publicada; (6) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Solena Ziemer Kusma atuou na (1) Curadoria, análise e interpretação dos dados; (2) Concepção ou delineamento do manuscrito; (3) Revisão crítica do conteúdo; (4) Aprovação final da versão a ser publicada; (5) Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.