

Perfil sociodemográfico e clínico de usuários assistidos na atenção domiciliar

Sociodemographic and clinical profile of users assisted in home care

Victor Fernando Alves Neves¹ 

Thaís Marques Moura² 

Gleide Regina de Sousa Almeida Oliveira³ 

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues⁴ 

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. victor_nevesba@hotmail.com, gilmararodrigues@bahiana.edu.br

²Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. thaismoura16.1@bahiana.edu.br

³SOS Vida (Salvador). Bahia, Brasil. gleideenf@gmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários admitidos em um serviço de assistência domiciliar. **MÉTODO:** Pesquisa transversal descritiva e retrospectiva com a utilização de dados secundários, realizada no mês de novembro de 2018, em uma unidade privada de Assistência Domiciliar. A amostra foi composta por 110 prontuários por amostragem aleatória simples. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. **RESULTADOS:** Dos usuários da assistência domiciliar, 54,5% eram do sexo masculino, acima de 60 anos (72,8%), aposentados (61%), com ensino médio completo (45,5%) e católicos (74,6%). O principal diagnóstico foi acidente vascular encefálico (35%) com plano de atendimento domiciliar tipo gerenciamento (43%) e uso de terapêutica venosa (51,8%); 60% não apresentaram lesões cutâneas; 42,7% receberam alta clínica; 30,9% foram transferidos para o hospital e 23,7% foram a óbito. **CONCLUSÃO:** O perfil predominante do usuário identificado na pesquisa é do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, aposentado, católico e com ensino médio completo. O atendimento domiciliar requer especificidades no cuidado pela grande diversidade e multiplicidade de exigência e necessidades de acordo com o perfil de cada usuário e família assistidos em domicílio.

DESCRITORES: Assistência Domiciliar. Perfil de Saúde. Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To describe the sociodemographic and clinical profile of users admitted to a home care service. **METHOD:** Cross-sectional descriptive and retrospective research using secondary data, carried out in November 2018 in a private Home Care unit. The sample consisted of 110 medical records by simple random sampling. Data were formed using descriptive statistics. **RESULTS:** Of the home care users, 54.5% were male, over 60 years old (72.8%), retired (61%), with complete high school (45.5%) and Catholics (74.6%). The main diagnosis of stroke (35%) with home care plan, type of management (43%) and use of intravenous therapy (51.8%); 60% not similar cutaneous; 42.7% received clinical discharge; 30.9% were transferred to the hospital and 23.7% died. **CONCLUSION:** The predominant profile of the user identified in the survey is male, aged over 60 years, retired, Catholic and with complete high school. Home care requires specific care due to the great diversity and multiplicity of requirements and needs according to the profile of each user and family assisted at home.

DESCRIPTORS: Home Care. Health Profile. Descriptive Epidemiology.

Introdução

Com a diminuição dos leitos gerais nas unidades hospitalares e a necessidade de rotatividade dos leitos de UTI, surgiu um novo modelo de saúde que se encontra em processo de ascensão no Brasil, denominado Atenção Domiciliar (AD) ou *Home Care*. Esse modelo de assistência surge para dar suporte às diversas alterações que a população brasileira vem sofrendo nos últimos anos, como a inversão da pirâmide etária e, conseqüentemente, aumento do número de pacientes crônicos; pacientes em cuidados paliativos; custos hospitalares mais elevados; integração e humanização da equipe multiprofissional com o paciente e a família.¹

Existem diferentes modalidades de AD, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11/2006, que estabelece os Programas de Atenção Domiciliar prestados de acordo com a complexidade de cuidados a serem dispensados ao indivíduo: Internação Domiciliar e Assistência Domiciliar. Após revisões do conjunto de legislações e normativas que orientavam a AD no Brasil, foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), pela Portaria nº 2029.²

Dessa forma, a AD é uma atenção à saúde com especificidades singulares, que engloba a atuação de diferentes categorias profissionais no campo da saúde, abrindo um novo espaço no mercado de trabalho tanto no domínio público quanto no privado. E exige que os profissionais estejam capacitados para gerir um cuidado de qualidade e humanizado para com seus pacientes e familiares.³

A assistência ao indivíduo no ambiente domiciliar requer da enfermeira e de sua equipe habilidades peculiares para a prestação do cuidado baseado na clínica ampliada e no gerenciamento de conflitos, valorizando as relações interpessoais com o intuito de não transgredir a subjetividade dos assistidos.³

A enfermeira, como gestora do cuidado, deve ter um vasto conhecimento técnico científico sobre o assunto,

iniciativa e autonomia perante determinadas situações expostas. O conhecimento sobre o perfil do usuário se faz necessário, também no intuito de oferecer dados consistentes que permitam melhorar o planejamento do processo de assistência à saúde desses pacientes.³⁻⁴ No que tange a categoria de enfermagem, esses dados podem auxiliar a projetar as ações de enfermagem a serem executadas com os pacientes na AD, além de contribuir com os serviços de saúde domiciliares, para poder auxiliar na melhoria do cuidado prestado ao indivíduo em internação domiciliar, minimizando, dentre outros, os índices de re-hospitalizações.

Todavia, são escassos os estudos que abordam a atenção à saúde domiciliar. Diante do exposto, delimita-se como objeto de estudo o perfil dos usuários assistidos na atenção domiciliar. O presente estudo torna-se relevante por permitir identificar o perfil dos indivíduos que têm possibilidade de serem admitidos na atenção domiciliar, contribuindo para a desospitalização, liberação de leitos hospitalares e qualidade de vida do indivíduo. A caracterização desses usuários poderá facilitar a elaboração de estratégias de alta hospitalar e o gerenciamento do cuidado domiciliar a ser prestado especificamente para cada usuário e familiares.

Para tanto, questiona-se qual é o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários assistidos na atenção domiciliar? E para responder tal questionamento delimita-se como objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários admitidos na assistência domiciliar.

Método

Estudo transversal retrospectivo, descritivo, baseado em dados oriundos de fontes primárias, os prontuários eletrônicos. Este artigo é oriundo de um Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Perfil Sociodemográfico e Clínico de Usuários Assistidos na Atenção Domiciliar.

A pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2018, em uma unidade privada de Assistência Domiciliar na cidade de Salvador – Ba, Brasil. Esta instituição foi escolhida por ser a pioneira no estado da Bahia a prestar cuidados domiciliares a pessoas em adoecimento crônicos e que necessitam de assistência de profissionais de saúde no domicílio. O serviço é de referência, com uma média de 30 internações mensais, admite usuários com doenças crônicas e quadro clínico estável e em condições de prosseguir com o tratamento em domicílio, em mais de 19 cidades do estado da Bahia-Brasil.

Após anuência do administrador do campo da pesquisa e aprovação do comitê de ética em pesquisa, o pesquisador principal teve acesso ao Setor de Contas Médicas, onde acessou os prontuários, no sistema digital da empresa, de usuários que não estavam mais em atendimento e/ou tratamento no período da coleta de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI, Salvador, BA, sob o número de parecer 3.005.939 e CAAE 99850418.6.0000.5544. Foi preservada a privacidade dos usuários, não sendo identificados os nomes dos mesmos e asseguradas que as informações somente serão divulgadas de forma anônima com cunho científico.

Os prontuários selecionados foram submetidos à análise de adequação, com vistas a verificar se tais documentos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, assim como ao objetivo proposto. Foi realizada uma investigação elaborada mediante coleta e análise de informações contidas em documento eletrônico (prontuário), que ainda não tinham sido tratadas científica ou analiticamente. A partir de 570 prontuários disponíveis no arquivo do campo de pesquisa, foi realizada a amostragem aleatória simples, tendo sido calculada a amostra na Winpepi (PEPI-for-Windows) de 230 prontuários. Foi considerado o erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

O corpus documental da pesquisa foi composto por prontuários de pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: adultos e idosos, de ambos os sexos, que passaram por internamento hospitalar e foram admitidos na AD durante o ano de 2017 a julho de 2018, com prontuários que tinham pertinência, suficiência, exaustividade, representatividade e homogeneidade. Dos 230 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão propostos, foram excluídos 120 prontuários porque os usuários ainda estavam em atendimento domiciliar e não tínhamos acesso para obter a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido. Assim, a amostra elegível para esta pesquisa foi composta por 110 prontuários, com 95% de confiança, e margem de erro de 6 a 7%, resultaram em um n amostral de 105 prontuários.

Foi elaborado um formulário para coleta de dados que continha as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, espiritualidade/religião, profissão, unidade de origem, motivo de internação, diagnóstico, plano de atendimento domiciliar, atendimento por categoria profissional, suporte terapêutico, presença de lesões cutâneas e evolução clínica. Os dados depois foram tabulados em planilha eletrônica e após analisados foram apresentados em frequências absolutas e relativas.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentados os resultados referentes as características sociodemográficas, na qual fica evidente o perfil idoso da população e nível de escolaridade mediana que pode estar relacionado fato de o campo de estudo ter caráter administrativo/financeiro privado.

Tabela 1. Características sociodemográficas de usuários da atenção domiciliar. Salvador, BA, 2017-2018. (N=110)

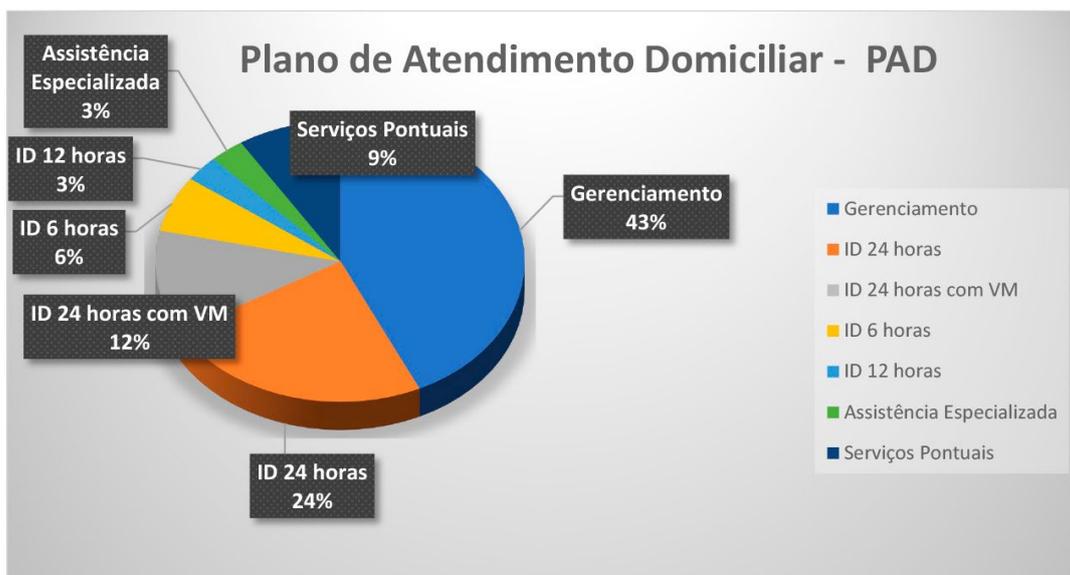
Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	50	45,5
Masculino	60	54,5
Faixa etária		
25-30 anos	1	0,9
31-40 anos	12	10,9
41-50 anos	4	3,6
51-60 anos	13	11,8
>60 anos	80	72,8
Profissão		
Aposentado	67	61,0
Autônomo	15	13,6
Do lar	16	14,5
Outros	12	10,9
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	24	22,0
Ensino fundamental completo	10	9,0
Ensino médio incompleto	3	2,7
Ensino médio completo	50	45,5
Ensino superior incompleto	3	2,7
Ensino superior completo	20	18,1
Espiritualidade/religião		
Católico	82	74,6
Evangélico	16	14,5
Espírita	7	6,4
Ateu	5	4,5

Fonte: Próprios autores. Dados da pesquisa.

Com relação aos agravos mais comuns, os mais prevalentes foram o Acidente Vascular Encefálico (35,5%), onde desses, 30,9% tinham Hipertensão Arterial Sistêmica e 21,8% Diabetes Mellitus. A neoplasia também se destacou com 30%, a infecção do trato urinário 18,1% e a Demência (16,3%). Ressalta-se que um mesmo usuário pode ter sido diagnosticado com mais de um diagnóstico médico.

Em relação ao tipo de Plano de Atendimento Domiciliar (PAD) (Figura 1), ficou em destaque o Gerenciamento com 43% seguido da Internação Domiciliar (ID) de 24h com 24%. O que chama atenção é que do total dos usuários assistidos no programa de atenção domiciliar 94% foram transferidos de uma unidade hospitalar e 31% admitidos do próprio domicílio.

Figura 1. Plano de Atendimento Domiciliar de usuários da atenção domiciliar. Salvador, BA, 2017-2018. (N=110)



Fonte: Próprios autores. Dados da pesquisa.

Em relação às visitas/atendimento da equipe multidisciplinar os usuários receberam em maior oferta a visita médica, sendo 24%, visto que o médico é o profissional responsável pela prescrição de medicamentos. Por conseguinte, a visita da enfermeira, 22,5%, pela mesma ser responsável pelo gerenciamento do cuidado, supervisão da equipe de técnicos de enfermagem, 21,8% e pela prescrição do tratamento de lesões cutâneas (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das visitas domiciliares por profissional. Salvador, BA, 2017-2018. (N=412)

Variável	n	%
Médico	98	24,0
Enfermeira	93	22,5
Técnico de enfermagem	90	21,8
Fisioterapeuta Motora/Respiratória/ Neurológica	79	19,1
Fonoterapia	32	7,8
Nutricionista	16	3,8
Terapeuta Ocupacional	2	0,5
Psicóloga	2	0,5

Fonte: Próprios autores. Dados da pesquisa.

Relacionado aos suportes terapêuticos recebidos pelos usuários no atendimento domiciliar, observou-se que os dispositivos e procedimento predominante foi a terapia de infusão medicamentosa, 51,8%. A maioria dos usuários 83,7% respirava em ar ambiente e 17,3% não tinham procedimentos invasivos (Tabela 3).

Tabela 3. Suporte terapêutico dos usuários atendidos em domicílio. Salvador, BA, 2017-2018. (N=110)

Variáveis	n	%
Suporte venoso		
Cateter Central de Inserção Periférica - (PICC)	29	26,4
Port a Cath	4	3,6
Hipodermóclise	4	3,6
Cateter venoso periférico	20	18,2
Sem suporte venoso	53	48,2
Dispositivo urinário		
Sonda vesical permanente	8	7,2
Sonda vesical intermitente	2	1,8
Sem dispositivo urinário	100	91
Aspiração de vias aéreas		
Superiores	1	0,9
Inferiores	10	9,1
Uso de traqueostomia	13	11,8
Sem procedimento invasivo	19	17,3
Suporte Ventilatório		
Sem suporte ventilatório	96	87,3
Oxigenoterapia	9	8,2
Ventilação mecânica intermitente	1	0,9
Ventilação mecânica contínua	4	3,6
Via de alimentação		
Oral	75	68,1
Gastrostomia	24	22,0
Nutrição parenteral total	1	0,9
Sonda enteral ou gástrica	10	9,0

Fonte: Próprios autores. Dados da pesquisa.

Ao considerar a evolução clínica dos usuários, 110 usuários investigados receberam alta da assistência domiciliar. Sendo 42,7% por alta clínica, 30,9% por transferência para algum serviço hospitalar, 2,7% por alta administrativa e 23,7% por óbito.

Discussão

As condições sociodemográficas e de saúde dos usuários vinculados ao serviço de atendimento domiciliar é importante pelo potencial de determinarem o perfil assistencial dos mesmos. O perfil predominante do usuário identificado na pesquisa foi do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, aposentado, católico e com ensino médio completo.

Os achados desta pesquisa coadunam Brondani et al.⁴ que apontaram em seu estudo a idade média de 58 anos e maioria do sexo masculino. Resultado análogo encontrado na caracterização de um programa de atenção domiciliar e cuidados paliativos no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.⁵ É importante saber qual tipo de sexo predomina no atendimento domiciliar porque existem diferenças de gênero na apresentação, na evolução e na maneira como as doenças são abordadas.

O perfil longo dos usuários se justifica pelo processo de inversão da pirâmide etária que o país está vivendo, decorrente dos avanços tecnológico-assistenciais que aumenta a expectativa de vida desses usuários, tornando-os mais susceptível ao desenvolvimento de comorbidades.⁵⁻⁶ A alta frequência de doenças crônicas na população idosa está intimamente relacionada ao estilo de vida, alterações neurobiológicas, funcionais e químicas, sendo esses fatores determinantes para um envelhecimento sadio ou patogênico.^{6,8-9}

A senescência pode ser atenuada com ações que promovam a saúde e auxiliem na manutenção da capacidade funcional do idoso e nesse contexto⁹, os programas de atenção domiciliar apresentam-se como uma das alternativas frente a essa demanda.⁴ A maioria dos estudos sobre atendimento domiciliar evidencia que os usuários predominantes são longevos, mas divergem em relação ao sexo. Estudos sobre atendimento domiciliar evidenciaram o predomínio de pessoas entre 61 e 80 anos e do sexo feminino⁶⁻⁸, corroborando outro que apresentou resultado semelhante, ao revelar que a maioria dos indivíduos era do sexo feminino com valor médio de 67 anos.⁶

A associação da faixa etária longeva ao tipo de profissão justifica o fato de 61% ser aposentada, assim como em um estudo realizado no Rio de Janeiro em que a maioria foram idosas e a variável “renda mensal do usuário” teve associação estatisticamente significativa com a presença ou ausência de benefício assistencial ou previdenciário ($p < 0,001$).¹⁰ Vale salientar que apesar dos usuários em foco serem majoritariamente longevos, outras faixas etárias também têm sido assistidas em serviços de AD. O que revela a variedade de perfis, condições e situações passíveis de atendimento domiciliar.⁷

Dos usuários em atendimento domiciliar, 74,6% se autodeclararam católicos, contudo ao observar os dados do IBGE sobre a religiosidade da população, vê-se uma diminuição do número de católicos. Ter em mente a relação história-cultura-religião é muito importante para compreender a sociedade como um todo⁸ e para prestar um cuidado baseado em evidências, valores, cultura e crenças, principalmente por se tratar de um cuidado prestado dentro do território (lar) do próprio usuário.

As indicações para o acompanhamento e/ou tratamento no AD geralmente são: os quadros clínicos clinicamente estável que necessite completar o tratamento sob supervisão médica e de enfermagem; os quadros clínicos que demandam treinamento do paciente ou do cuidador frente às novas condições; término de terapia injetável; realização de curativos complexos; doenças crônicas com histórico de reinternações frequentes; processos infecciosos prolongados ou recidivantes; necessidade de aparelhos para suporte de vida; e cuidados paliativos.

Os serviços de AD atendem usuários, em sua maioria, idosos em processo de adoecimento secundário

a doenças crônicas, acamados, parcialmente ou totalmente dependentes para o autocuidado.^{11,13} De acordo com a literatura, dentre as causas de AD predominantes estão: insuficiência cardíaca crônica; HAS; diabetes; doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Encefálico Isquêmico e Hemorrágico); afecções oncológicas; tuberculose; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); demência; traumas; adoecimentos crônicos; feridas e lesões de pele; diagnóstico de HIV/AIDS; cuidados paliativos e agravos de natureza psicossocial.^{4-5,7,9,14} A equipe multiprofissional de atendimento domiciliar proporciona o cuidado paliativo ao paciente e aos familiares em vários contextos, respeitando a autonomia do paciente e família no próprio ambiente em que vive^{4,9,11,14}, especialmente quando o serviço tem um setor especializado em oncologia.

Os usuários em AD têm como característica não apresentar uma única afecção, mas a interação de várias doenças que atuam concomitantemente no organismo, apresentando, assim, mais de um diagnóstico médico. O processo de trabalho do enfermeiro, nesse cenário, consiste em orientar e supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem e executar procedimentos de maior complexidade, assim como, realizar a educação em saúde e o suporte aos cuidadores familiares.²

Em relação aos diagnósticos identificados destacaram-se o acidente vascular encefálico (AVE) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) por estarem relacionados com o perfil de usuários idosos atendidos em domicílio. Destaca-se que as doenças cerebrovasculares, principalmente o AVE é a segunda principal causa de morbimortalidade no mundo, predominante em adultos e idosos, o AVE lidera o ranking de internações e mortalidade com mais incidência no sexo feminino.^{4,6,9-10,12-13}

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15 milhões de pessoas ao ano apresentam AVE. Desses, cinco milhões evoluem para óbito em decorrência do evento, e os sobreviventes, na maioria dos casos, apresentam sequelas que desencadeiam limitações físicas e mentais, trazendo a necessidade de cuidado prolongado.¹⁰ Dentre os fatores correlacionados com o AVE, a HAS apresenta alta prevalência constituindo-se um relevante problema de saúde pública, devido ao alto índice de mortalidade. A HAS caracteriza-se por uma patologia multifatorial e se associa ao agravo de doenças cardiovasculares como o AVE, conseqüentemente, por serem doenças incapacitantes é considerada a

primeira causa de longos períodos de internações, dependência tecnológica e óbitos.^{4,6,12-13}

A terceira causa de internação domiciliar foram as neoplasias representantes de 30% dos diagnósticos. O diagnóstico de neoplasia destaca-se em outros estudos, sendo esta uma das patologias mais graves e debilitantes do mundo, cujo tratamento quimioterápico leva o paciente a efeitos colaterais intensos e a debilidade física. Desta forma, a existência de um ente com câncer dentro de seio familiar causa impacto e gera a necessidade de adaptações que visam atender as necessidades do doente.

Existiram também pacientes que foram admitidos no internamento domiciliar (ID) pelo diagnóstico de infecções do trato urinário para antibioticoterapia venosa (18,2%), que é muito comum em idosos. Sendo importante ressaltar que o AD deve contribuir para a diminuição do nível de infecções cruzadas, um risco bastante associado a longas permanências em hospitais.

O AD requer especificidades no cuidado pela grande diversidade e multiplicidade de exigência e necessidades de acordo com o perfil de cada usuário e família assistidos em domicílio. A assistência ofertada na AD organiza-se em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A definição da modalidade assistencial relaciona-se à densidade tecnológica, às necessidades de saúde, à periodicidade das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. Os critérios de elegibilidade e inclusão a uma delas podem ser clínicos e administrativos, normatizados pela Portaria nº 825/2016.¹⁴ Assim, a demanda no AD vai se dando em diferentes dimensões, como a prevenção de agravos, recuperação e promoção da saúde^{4-5,7,9}, o que determina o tipo de plano de atendimento domiciliar (PAD).

A admissão do paciente para o AD deve seguir rígidos critérios de elegibilidade, tais como, cuidador em período integral; domicílio livre de riscos e impedimento do usuário para se deslocar até a rede credenciada, visando garantir uma assistência segura e de qualidade em todo o processo, desde a admissão até a alta. Consideram-se elegíveis à AD1 aqueles cujo estado de saúde esteja estável, possibilitando que a assistência seja realizada no domicílio, por cuidadores, sob a responsabilidade de acompanhamento mensal pela APS. Para a AD2 elegem-se aqueles usuários com afecções agudas ou crônicas

agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, minimamente semanais, por equipe multiprofissional, e, caso demandem equipamentos e procedimentos de maior complexidade, esses são atendidos na modalidade de AD3.¹⁴

Nesse contexto, os PAD são prestados de acordo com a complexidade de cuidados a serem dispensados ao indivíduo, podendo ser classificados em Internação Domiciliar (ID) e Assistência Domiciliar (AD). A internação domiciliar se trata de um conjunto de ações realizadas em domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com maior complexidade assistencial e necessidade de serviços de técnico de enfermagem nos regimes de 12 ou 24 horas. Podem ser necessários equipamentos para a manutenção do tratamento. E a assistência domiciliar é voltada para pacientes com necessidade de cuidados pontuais de serviços de enfermagem, como para realização de curativos e administração de medicamentos injetáveis e outros procedimentos executados pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem.

No serviço pesquisado, o tipo de PAD pode ser classificado em: Gerenciamento, ID 6 horas, ID 12 horas, ID 24 horas e ID 24 horas com Ventilação Mecânica; Serviços Pontuais e Assistência Especializada (sendo esses os menores quantitativos de plano assistencial). O Gerenciamento, o ID 24 horas e o ID 24 horas com Ventilação Mecânica, são os tipos de planos que predominam em relação aos usuários assistidos neste serviço de atenção domiciliar, separados por modalidades de assistência.

A maior parte do atendimento refere-se ao Gerenciamento e está relacionada à visita médica e da enfermeira e envolve procedimentos intermitentes, como administração de medicação, curativos, passagem de cateter vesical ou sondagens, fisioterapia, entre outros.

Os atendimentos podem ser realizados por várias ou por uma única categoria da equipe multidisciplinar. A equipe de saúde do campo em estudo é composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutica. A quantidade de profissionais que prestam cuidados ao usuário está diretamente relacionada ao tipo de plano de atendimento domiciliar.

Em relação às visitas/atendimento da equipe multidisciplinar os usuários receberam principalmente a visita médica e da enfermeira. Deve-se salientar que a enfermeira é a responsável pelo gerenciamento do atendimento, prestação de cuidados privativos da enfermeira, supervisão dos procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem e orientações aos usuários e/ou familiares.

Ao considerar os suportes terapêuticos em uso pelos usuários no atendimento domiciliar, observou-se que os dispositivos e procedimentos mais utilizados estavam relacionados à terapêutica medicamentosa venosa, via cateter central de inserção periférica (PICC), por cateter venoso periférico, Port a Cath e hipodermóclise. O Port a Cath é muito utilizado nos usuários em tratamento oncológico e a hipodermóclise em usuários em cuidados paliativos.

Um estudo realizado sobre o perfil dos usuários e cuidadores atendidos pelo serviço de atenção domiciliar no estado do Rio de Janeiro demonstrou que quanto à “classificação na AD”, esta variável demonstrou uma associação estatisticamente significativa com o “grau de dependência”, onde usuários classificados em AD2 têm maior dependência para o autocuidado.¹⁰

Em relação às condições clínicas e funcionais dos usuários assistidos no domicílio, no período de coleta de dados, a maior frequência dos usuários respirava em ar ambiente, e pequenos percentuais utilizavam o auxílio da ventilação mecânica contínua e a ventilação mecânica intermitente, contrapondo-se ao fato de que na ID 24 horas com Ventilação Mecânica, geralmente contempla o maior quantitativo de usuários internados na atenção domiciliar. Destaca-se que dos 11,8% dos usuários que estavam traqueostomizados, a maioria (9,1%) precisava de aspiração das vias aéreas inferiores.

As lesões de pele é um fator bastante discutido na literatura e predominante em usuários internados na AD. Estudos demonstram que 85,2% usuários em domicílio são acamados, com predominância de usuários restritos ao leito.^{5,7,9,13,15} Todavia, apenas 25,5% dos usuários pesquisados apresentaram lesão por pressão e 14,5% apresentaram outros tipos de lesões cutâneas.

Destaca-se o percentual de 42,7% dos usuários que receberam alta clínica do atendimento domiciliar por terem respondido adequadamente ao tratamento proposto na solicitação da assistência domiciliar. Um ponto que cabe a ser evidenciado é a frequência de

usuários que foram transferidos para unidades de saúde hospitalares por algum tipo de complicação (30,9%) e de óbito (23,7%), o que pode estar relacionado ao perfil de usuários idosos em adoecimento crônico. Considerado que neste estudo 2,7% dos usuários tiveram alta administrativa relacionada a aspectos burocráticos e administrativos com os planos de saúde, vale refletir que mesmo sendo um percentual pequeno, o estudo mostra que conflitos entre consumidor e plano de saúde podem levar o usuário a interromper a internação na AD, e às vezes com danos para a assistência a saúde do mesmo.

Esta pesquisa apresentou como limitação a impossibilidade de termos acessos aos usuários no domicílio para que pudéssemos obter a assinatura do termo livre de consentimento e podermos realizar a técnica de entrevista para aprofundamento de aspectos inerentes e singulares a cada usuário.

Conhecer o perfil dos usuários na atenção domiciliar é relevante para o planejamento adequado dos recursos humanos e materiais, e para o direcionamento da assistência individualizada. Todavia, apesar de relevante para uma população com as mesmas características do serviço pesquisado, os achados não podem ser generalizados para todos os serviços de atendimento domiciliar.

Conclusão

O perfil predominante do usuário identificado na pesquisa é do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, aposentado, católico e com ensino médio completo. A pesquisa contribuiu para caracterizar o perfil de usuários assistidos na Assistência Domiciliar, do tipo Gerenciamento, em terapêutica medicamentosa venosa, diagnosticados principalmente com acidente vascular encefálico e a hipertensão arterial sistêmica. Acompanhados principalmente pelo médico e pela enfermeira.

A atual pesquisa torna-se relevante por permitir identificar o perfil dos usuários que têm possibilidade de serem admitidos na atenção domiciliar, contribuindo para a desospitalização, liberação de leitos hospitalares e qualidade de vida do indivíduo. A caracterização desses usuários poderá facilitar a elaboração de estratégias de cuidado domiciliar e o gerenciamento do cuidado domiciliar a ser prestado especificamente para cada usuário e família.

Contribuições dos autores

Rodrigues GRS, Neves VFA participaram da concepção do projeto, delineamento, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo. Rodrigues GRS, Oliveira GRSA e Moura TM participaram da redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Oliveira GRSA, Moura TM e Rodrigues GRS participaram da versão final do artigo científico a ser publicada.

Conflito de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Referências

1. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):1-9. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>
2. Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011 (Brasil). Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção 1, p. 91. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
3. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;(1):210-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
4. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA, Salomon ALR. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Rev enferm UFPE on line.* 2018;12(5):1422-9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>
5. Olario PS, Moreira MC, Moreira IB, Martins JCA, Souza AT. Desospitalização em cuidados paliativos: Perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro/ Brasil. *Cogitare Enferm.* 2018;(23)2:e53787. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53787>
6. Johann DA, Cechinel C, Carvalhal TFT, Benatto MC, Silva GP, Lara JA. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Semina.* 2020;41(1):83-94. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83>
7. Nunes EM, Frias RS. Perfil Sociodemográfico, Epidemiológico e do Atendimento Fisioterápico dos Pacientes de uma Clínica Escola de Fisioterapia que Funciona no Espaço de uma Unidade Básica de Saúde Particular de Foz do Iguaçu, PR. *Revista Pleiade* [Internet]. 2017;11(22):46-55. Disponível em: <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/347>
8. Zandavalli RB, Silveira JBS, Bueno RM, Santos DT, Castro Filho ED, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2213. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2213](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2213)
9. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;21(3):903-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>
10. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis.* 2019;29(2):e290214. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290214>
11. Neves ACOJ, Castro EAB, Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enferm.* 2016;21(4):1-10. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47708>
12. Canuto MAO, Nogueira LT, Araújo TME. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):245-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600035>
13. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2017;20(3):352-62. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>
14. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (Brasil). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33-38. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827
15. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate.* 2018;42(116):225-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811618>