

Características sociais e comorbidades de idosos vinculados à atenção domiciliar

Social characteristics and comorbidities of older adults associated with home care

Êmilly Barcelos Petter¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2848-7813>

Natalia Cassol Bolzan²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3717-0818>

Claudia Maria Ferrony Rivas³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1367-6686>

Maria Helena Gehlen⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3232-255X>

Clandio Timm Marques⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9984-0100>

Naiana Oliveira dos Santos⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

^{1,6} Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria (RS), Brasil.

² Escola de Saúde Pública (ESP/RS), Porto Alegre (RS), Brasil.

^{3,4,5} Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria (RS), Brasil.

Editora Científica:

Tatiane Gomes Guedes

Editora Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 21/06/2022

Aceito: 16/05/2024

Publicado: 22/07/2024

RESUMO

Objetivo: Identificar as características sociais e comorbidades de idosos da Atenção Domiciliar tipo 1. **Método:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, conduzido via contato telefônico, com idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica à Saúde de um município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Aplicou-se, via contato telefônico, questionário para identificação de perfil sociodemográfico e de comorbidades associadas ao processo de envelhecimento e condições de saúde. **Resultados:** Predomínio do sexo feminino (71,3%), idade média de 78 anos, casados (44,4%), fundamental incompleto (43,5%), católicos (64,8%), aposentados (76,9%), renda domiciliar total entre um e dois salários-mínimos (51,9%), média de três pessoas residentes no domicílio e que possuem o filho como o principal cuidador (56,5%). Destacou-se o elevado índice de presença de comorbidades e multimorbidade, com predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (63,9%), Diabetes Mellitus (38%), artrite/artrose (32,4%), depressão (19,4%) e outros. **Conclusão:** Os resultados justificam a ampliação de novas estratégias de cuidado, considerando o processo de envelhecimento, com vistas à manutenção da funcionalidade das pessoas idosas com comorbidades acompanhadas na Atenção Domiciliar. **Descritores:** Idoso. Assistência domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the social characteristics and comorbidities of older adults in type 1 home care. **Method:** A cross-sectional study, with a quantitative approach, was conducted via telephone, with older adults assisted by the home care of the primary health care system of a municipality located in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. A questionnaire was administered by telephone to identify the sociodemographic profile and comorbidities associated with the aging process and health conditions. **Results:** Predominance of women (71.3%), mean age of 78 years, married (44.4%), incomplete primary education (43.5%), Catholic (64.8%), retired (76.9%), total household income between one and two minimum wages (51.9%), average of three people living in the household and whose child is the main caregiver (56.5%) prevailed. The high rate of comorbidities and multimorbidity was highlighted, with a predominance of systemic arterial hypertension (63.9%), diabetes mellitus (38%), arthritis/arthrosis (32.4%), depression (19.4%) and others. **Conclusion:** The results justify the expansion of new care strategies, considering the aging process, to maintain the functionality of older adults with comorbidities monitored in home care.

Descriptors: Aged. Home Nursing. Primary Health Care. Nursing.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Petter EB, Bolzan NC, Rivas CMF, Gehlen MH, Marques CT, Santos NO. Características sociais e comorbidades de idosos vinculados à atenção domiciliar. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e254412 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.254412>

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, é notável o envelhecimento nos países, principalmente naqueles da América Latina e do Caribe, por meio da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida.¹

O processo de envelhecimento não deve ser visto como sinônimo de adoecimento, porém, neste grupo etário, ocorre aumento da vulnerabilidade clínico-funcional e predisposição a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais estão diretamente relacionadas às incapacidades funcionais. As DCNT são classificadas como a principal causa de morbimortalidade no mundo.²

A saúde do idoso deve ser constituída e caracterizada pelos aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares. O envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, isto é, a forma de expressar a autonomia e independência do indivíduo nas Atividades de Vida Diária (AVD), que possibilita a gestão da própria vida e do autocuidado na velhice.³

A fragilidade não é um somatório de doenças, mas representa o resultado das interconexões entre diversas condições crônicas de saúde mais prevalentes nesta população, cuja importância individual é inquestionável, mas que, quando associadas, podem causar profundas consequências na autonomia e independência da pessoa idosa. Idosos frágeis são mais vulneráveis às condições crônicas e mais susceptíveis às condições agudas, como doenças infecciosas e causas externas, como quedas. O reconhecimento precoce da presença destas é fundamental para implementação de medidas capazes de evitar a progressão rápida para a dependência funcional e os demais desfechos adversos.³

No sistema de saúde brasileiro, é deficitária essa identificação, caracterizando-se como desafio para o modelo de atenção à saúde vigente, que precisa enaltecer o olhar à pessoa idosa, minimizar a progressão da fragilidade e reduzir eventos adversos, possibilitando a manutenção da qualidade de vida com garantia da autonomia, interação social e independência, que contribuam com uma vida distante de incapacidades.⁴

Frente a isso, a Atenção Domiciliar (AD) demonstra-se como modalidade de atenção à saúde eficaz. Vinculada à Atenção Básica (AB), a AD garante e viabiliza ações e serviços de saúde, a fim de assegurar a integralidade do cuidado, sendo organizada em diferentes níveis de densidade tecnológica, além da integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).⁵

AAD reconhece três modalidades de atenção à saúde, a AD tipo 1 (AD1), indicada a indivíduos que requerem cuidados de menor complexidade e frequência; e de

responsabilidade da AB, a qual se destina este estudo. Já a AD tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3) são destinadas a pacientes que necessitam de cuidado frequente e intensificado, de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).⁵

De acordo com a Portaria nº 825/20165, as equipes que compõem o SAD são multiprofissionais, denominadas de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), sendo classificadas em três tipos: Tipo 1, Tipo 2 e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Dentre os profissionais inseridos, o enfermeiro merece destaque ao exercer, além das capacidades e do papel no monitoramento clínico, o apoio na qualidade de vida, por meio do vínculo com pacientes e familiares e de uma abordagem integral em diferentes contextos.⁶ Ademais, é reconhecido exclusivamente pela regulamentação de atuação na AD.⁷

Nesse contexto, as Visitas Domiciliares (VD) se mostram como ferramenta de cuidado integral, técnica de intervenção em saúde, bem como algo que aproxima a família do serviço de saúde e do profissional de referência para o cuidado de quem se encontra vulnerável, reduzindo os custos dos serviços de saúde e promovendo a otimização dos leitos hospitalares.⁸

O conhecimento das principais comorbidades e características sociais dos idosos permite conhecer as fragilidades e necessidades de ações a esta população, como também contribui para o cuidado individualizado ao usuário, auxiliando no planejamento e na implementação de intervenções adequadas ao idoso e cuidador no domicílio. Ademais, é imperioso salientar a escassez de literaturas relacionadas aos idosos em acompanhamento pela AD e a avaliação do cuidado domiciliar⁹, tornando-se relevante a determinação de indicadores de saúde e social, com intuito de traçar estratégias que auxiliem os profissionais da rede de AB.

OBJETIVO

Identificar as características sociais e comorbidades de idosos cadastrados em Atenção Domiciliar tipo 1.

MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, conduzido via contato telefônico, com idosos vinculados à AD1 da AB de um município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Realizado em quatro Estratégias Saúde da Família, sendo que a cidade conta com 14 ESF.

Optou-se pela escolha das quatro ESF que mais possuem idosos cadastrados na AD1 do município, as quais representam 28,5% do total. A seleção destas unidades de saúde ocorreu por meio de levantamento junto com a responsável pela Política de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e a população total de idosos vinculados à AD1 das quatro ESF era de 247 indivíduos.

Incluíram-se, neste estudo, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e que estavam cadastrados na AD1 das quatro ESF. Excluíram-se os idosos que estavam institucionalizados ou hospitalizados no momento, que possuíam incapacidade ou insuficiência cognitiva e/ou com diagnóstico de demência avançada.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se do programa Prática Clínica¹⁰, dos 247 idosos vinculados à AD1, com base no estudo de Lins et al.¹⁰, considerou-se nível de confiabilidade de 95%, margem de erro de 5% e proporção esperada de 10%, o que resultou em amostra de 108 participantes.

A identificação do número telefônico dos usuários ocorreu por meio de listas fornecidas pelos serviços de saúde, sem considerar os critérios de elegibilidade do estudo. Dos 247 idosos identificados pelas ESF, excluíram-se 139, conforme os critérios de exclusão. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2021.

Com os idosos que contemplavam os critérios de inclusão, realizou-se contato telefônico para agendamento de horário disponível para realização do diálogo conforme a preferência, podendo ocorrer por videochamadas ou apenas chamadas de voz. Realizou-se a tentativa de três contatos telefônicos por usuário tanto para ligação inicial de agendamento, quanto para entrevista, sendo estes em turnos e dias diferentes.

Aplicou-se questionário estruturado, desenvolvido pelos autores deste estudo, para identificação dos dados sociodemográficos e das condições de saúde. O questionário possuía as seguintes variáveis: grau de parentesco do cuidador, idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, renda domiciliar total, fonte de renda, número de pessoas que residem no domicílio, tempo de acompanhamento da AD1 e comorbidades. Nessa última, investigou-se a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), artrite/artrose, depressão, dislipidemia, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), câncer, doença de Parkinson, Doença Renal Crônica (DRC) e outras (não especificadas no questionário).

Nas entrevistas, com duração média de 20 minutos, a pesquisadora realizou o contato telefônico e o idoso, juntamente com o cuidador ou familiar para auxiliar, se fosse necessário, nas respostas do questionário aplicado. As pesquisadoras foram previamente treinadas para coleta de dados.

Os dados foram duplamente digitados em planilha e analisados. Na análise descritiva, calcularam-se média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas; e, para as categóricas, frequências absolutas e relativas. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana (UFN), conforme número 3.308.174.

RESULTADOS

Dos 108 idosos, destaca-se a média de idade de 78,7 anos, sendo a prevalência alcançada do sexo feminino (71,4%). A maioria dos participantes era casados/união estável (44,4%), com fundamental incompleto (43,5%), aposentado (76,9%), de modo que a renda total do domicílio era de um a dois salários-mínimos (51,9%). A religião mais evidenciada foi o catolicismo (64,8%).

No que se refere ao grau de parentesco do cuidador, o filho foi o mais relatado (56,5%). Em relação ao número de pessoas que residem no domicílio, a média observada foi de 3,1 (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosos da Atenção Domiciliar tipo 1 da Atenção Básica, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%	Média (desvio-padrão)
Sexo			
Feminino	77	71,3	
Masculino	31	28,7	
Idade			
Mínima	60		78,7 (±9,3)
Máxima	100		
Estado Civil			
Casado(a)/União estável	48	44,4	
Solteiro(a)	5	4,6	
Divorciado(a)/Separado(a)	8	7,4	
Viúvo(a)	47	43,5	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	71	65,7	
Fundamental completo	23	21,3	
Médio incompleto	7	6,5	
Médio completo	7	6,5	
Religião			
Catolicismo	70	65,7	
Evangélica	25	21,3	
Espírita	5	4,6	
Sem religião	4	3,7	

Fonte de renda		
Aposentado(a)	83	76,9
Beneficiário(a)	16	14,8
Família	5	4,6
Outro	4	3,7
Renda total do domicílio (salário-mínimo)		
< 1	4	3,7
1 – 2	56	51,9
2 – 3	32	29,6
> 3	11	10,2
Nº de pessoas que residem no domicílio		
Mínimo	1	3,10 (± 1,3)
Máximo	7	
Grau de parentesco do cuidador		
Cônjuge	23	21,3
Filho	61	56,5
Irmão	4	3,7
Contratado	5	4,6
Amigo	2	1,9
Outros	13	12,0

A Tabela 2 retrata as comorbidades dos idosos em acompanhamento domiciliar. Constatou-se elevada presença de comorbidades em 98,1% da amostra do estudo.

As comorbidades que mais se destacaram foram a HAS (63,9%), seguida de DM (38%), artrite e/ou artrose (32,4%) e depressão (19,4%). Grande parte da amostra referiu possuir também outras comorbidades, sendo as mais predominantes: sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (19,7%) e de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (8,4%), ansiedade (7,04%) e osteoporose (5,6%).

Tabela 2. Comorbidades dos idosos da Atenção Domiciliar tipo 1 da Atenção Básica, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%	Média (desvio-padrão)
Presença de comorbidades			
Sim	106	98,1	
Não	2	1,9	
Comorbidades			

HAS*	69	63,9
DM**	41	38,0
Artrite/Artrose	35	32,4
Depressão	21	19,4
Dislipidemia	20	18,5
ICC***	12	11,1
Câncer	10	9,3
Parkinson	6	5,6
DRC****	3	2,8
Outras	70	64,8
Total de comorbidades		
Mínimo	0	2,9 (± 1,6)
Máximo	9	

*Hipertensão Arterial Sistêmica; **Diabetes Mellitus; ***Insuficiência Cardíaca Congestiva; ****Doença Renal Crônica

Verificou-se que a média de tempo de acompanhamento dos idosos na AD foi de 61,8 meses, com desvio padrão de 46,4 meses.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é um processo irreversível que vem acompanhado de alterações que demandam do indivíduo que envelhece, da família, da sociedade de modo geral e das autoridades públicas adequações que precisam ser realizadas. De modo que o envelhecimento seja período marcado pela manutenção das funcionalidades e pelo amplo exercício da cidadania e do direito de ir e vir.¹¹

Estudos^{12,13} evidenciam que as DCNT comprometem fortemente a saúde de maneira multidimensional, na redução da capacidade funcional e na autonomia dos idosos e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Assim, emergem-se novas reflexões, tecnologias, adaptações no modelo de atenção, organização e gestão entre os profissionais inseridos na AB. Ao incentivar a AD como ponto de cuidado de saúde estratégico, oferta-se a integração da equipe multiprofissional com o paciente-família, fomentando a continuidade da assistência, vínculo e acolhimento da ESF até o domicílio.⁵

Houve maior frequência de mulheres, corroborando com a feminização na velhice.¹⁴ Estudo¹⁵ cita que o sexo feminino tem baixa proteção, segurança e bem-estar nessa etapa de vida, havendo elevada probabilidade dos níveis de renda e escolaridade mais baixos e maior número de doenças crônicas. Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019-2022, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE)¹⁶, demonstrou que as mulheres com 75 anos ou mais apresentavam mais limitações funcionais para as AVD quanto aos homens.

Sobre o sexo masculino, a insuficiência e a desvalorização dos homens perante o autocuidado são decorrentes de negligência, cultura do machismo, resistência à busca de serviços de saúde e medo. Fatores como esses podem influenciar diretamente na longevidade, na ocorrência de agravantes e em comorbidades.¹⁷ Neste sentido, ressalta-se a importância de tratamentos e cuidados para os diferentes gêneros, sendo eles com divergentes peculiaridades e contextos específicos, estimulando, também, o contato com os serviços de saúde de forma mais precoce, principalmente na ESF, para reduzir as disparidades na assistência à saúde.

No que concerne à idade, variou entre 60 e 100 anos, sendo a média de 78,7 anos, demonstrando semelhança com estudo¹⁸, realizado com idosos institucionalizados, em que a idade mínima e máxima foi de 60 e 101 anos, respectivamente. Ademais, relacionado com pesquisa¹⁹, realizada com idosos usuários de ESF, revela-se que a maior parte dos participantes (76,4%) morava com mais pessoas, consonante ao resultado do presente estudo, em que o número de residentes no mesmo domicílio foi de três pessoas.

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos participantes se autodeclararam casados ou em união estável, indo ao encontro de outro estudo¹⁴, em que na pesquisa, 46% dos entrevistados longevos declararam este tipo de união. Como cuidador desses idosos, o filho se mostrou o mais presente neste estudo, o que corrobora pesquisas brasileiras.^{20,21}

A partir desses dados, indaga-se por aqueles idosos que são cuidadores de cônjuge e dos familiares cuidadores. Quem cuida de quem? É pertinente repensar sobre a prestação da assistência dos profissionais da saúde, para que não ocorra a sobrecarga de cuidados para ambos os idosos e a família.

A escolaridade predominante foi do ensino fundamental incompleto, o qual se assemelha ao estudo²² que evidencia que 80% dos idosos não completaram o ensino fundamental. Quanto à fonte de renda e renda total do domicílio, as principais fontes apontadas foram a aposentadoria e a renda de um a dois salários-mínimos, em consonância com pesquisa.²³

Observa-se que o nível educacional dos idosos revela diferenças quanto à renda e à condição de saúde autorreferida, demonstrando que quanto mais anos de estudo, mais chances de melhor renda salarial e menor chance de adoecer, haja vista a diferença na percepção da saúde.²⁴ Também, os indivíduos com baixa escolaridade e renda são

considerados como a população socialmente mais vulnerável e prevalente aos fatores de riscos das DCNT.²⁵

Acerca da religião, o catolicismo foi de maior prevalência, indo ao encontro da pesquisa²⁶ executada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) interioranas do estado do Amazonas (AM), demonstrando que 96,6% da população idosa era católica. A religião se mostra importante às pessoas idosas no enfrentamento de problemas cotidianos, colaborando de maneira geral com a saúde e melhor qualidade de vida. Faz-se necessário cada vez mais que os profissionais de saúde valorizem ou compreendam a importância da abordagem do tema, o que torna necessário o desenvolvimento de estudos específicos que incorporem a religiosidade/espiritualidade na prática clínica.²⁷

Acerca das comorbidades, constatou-se elevado índice (98,1%), corroborando estudo analítico transversal²³, realizado em município no estado da Bahia (BA), em que mais de 90% dos idosos dependentes também apresentavam alta taxa de comorbidades (92%).

Os idosos entrevistados possuíam, em média, duas comorbidades simultâneas. Reforça-se este resultado com pesquisa²⁸ realizada com idosos de diferentes regiões do Brasil, em que mais de 50% possuíam, pelo menos, duas DCNT simultaneamente e cerca de 20% possuíam três ou mais. Frente a isso, ratifica-se que esse grupo de doenças se configura como importante problema de saúde pública.

A HAS, comorbidade mais referida pelos entrevistados, é considerada a principal doença crônica na população geriátrica.²⁹ Estudo de caráter integrativo³⁰ identificou que em 15 países há prevalência, na maioria, de HAS e DM em idosos, constatando que estas e outras comorbidades, como obesidade, doenças respiratórias e hepáticas, são assuntos emergentes perante cenário mundial e necessários de intervenções e medidas para manejo.

A DM foi a segunda comorbidade prevalente entre os idosos. Estudo multicêntrico, realizado com idosos dependentes no Brasil, trouxe os mesmos achados, o qual demonstrou que as doenças cardiocirculatórias foram as mais prevalentes (88,1%), seguida por DM (23,1%).²⁸

Outro resultado encontrou a presença de artrite e/ou artrose (32,4%). A osteoartrite impacta negativamente o bem-estar físico, como a limitação funcional e inatividade, e mental, como ansiedade, depressão e risco de isolamento dos idosos, ocasionando dependência, redução da qualidade de vida e sintomas físicos e psicológicos.^{31,32} A depressão também se demonstrou prevalente nos idosos em acompanhamento domiciliar, bem como encontrado em estudo³³, realizado no Distrito

Federal (DF), constatando associação entre depressão com o sexo feminino e idade (70 a 79 anos).

O tratamento para as DCNT também pode ser direcionado às medidas não farmacológicas, como manter hábitos de vida mais saudáveis (atividade física regular, dieta saudável padronizada e ingestão de álcool limitado, por paradigma)³⁴, além das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para diminuição de dores e sintomas.³⁵

Dessa forma, os profissionais devem traçar estratégias e ações direcionadas à promoção da saúde voltadas aos idosos que estão em acompanhamento domiciliar, procurando compreender os fatores subjetivos, culturais, econômicos e sociais associados à qualidade de vida e saúde dos longevos.

A média de tempo de acompanhamento domiciliar constatado neste estudo foi de cinco anos, sendo que o maior tempo encontrado foi de 17 anos e o menor tempo de um mês. Pesquisa³⁶ de caráter exploratória, realizada em 34 Centros de Saúde da Família (CSF) e quatro macros áreas de saúde em um município do Ceará (CE), evidenciou crescente demanda de idosos na AD pela ESF, nos últimos cinco anos, e outros em acompanhamento pelas equipes da ESF há mais de 10 anos, refletindo a importância da longitudinalidade.

Destaca-se, nesse ínterim, o papel do enfermeiro no acompanhamento dos idosos domiciliados, a partir da gestão do processo de cuidar, na educação à saúde dos familiares cuidadores e no processo de trabalho do enfermeiro, no contexto da equipe de saúde. Ademais, as práticas de promoção, manutenção e recuperação à saúde podem ser permeadas por situações que favoreçam a autonomia, ao enfrentar as realidades do processo de envelhecimento, conduzindo-o para uma velhice produtiva.³⁷

Não obstante, são notórios os desafios encontrados para desempenhar o cuidado no domicílio, como no âmbito laboral, na construção de plano de cuidados, no preparo dos profissionais de saúde para o cuidado integral, inserido no contexto de vida do usuário e no trabalho em equipe. Quanto no cenário demográfico e epidemiológico, em um país com desigualdades regionais e abrangência territorial, coloca-se como missão a garantia do acesso e cuidar de múltiplas doenças crônicas continuamente.³⁸

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de ser do tipo transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito, bem como à população específica de pessoas idosas acompanhadas na atenção domiciliar, o que não permitiu a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

O estudo investigou as principais comorbidades e as características sociais dos idosos da AD1. Observaram-se predomínio do sexo feminino, idade média de 78,7 anos, casados, fundamental incompleto, católicos, aposentados, renda domiciliar total entre um e dois salários-mínimos, média de três pessoas residentes no domicílio, sendo o filho o principal cuidador. Destacaram-se elevado índice de presença de comorbidades e predomínio de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, artrite/artrose, depressão e outros.

Os dados justificam a ampliação de novas estratégias de cuidado, considerando o processo de envelhecimento, com vistas à manutenção da funcionalidade das pessoas idosas com comorbidades acompanhadas na AD.

A partir dos resultados, urge novas pesquisas que avaliem e fortaleçam a funcionalidade global dos idosos na AD, de forma a subsidiar a implementação de intervenções às demandas específicas, incentivando a senescência com qualidade de vida.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram igualmente para a redação e revisão do manuscrito e aprovaram a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Perspectivas demográficas do envelhecimento populacional na Região das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde e Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Washington (DC): OPAS; 2023. [cited 2024 April 30]. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275726792>
2. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
3. Moraes EN, Lopes PRL. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE. Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2023. [cited 2024 April 30]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/8900/?tmstv=1702237794>

4. Freitas FFQ, Rocha AB, Moura ACM, Soares SM. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020 [cited 2024 April 30]; 25(11): 4439-50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.27062018>
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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. [Internet]. Brasília (DF): MS; 2016. [cited 2024 April 29].
6. Nascimento FA, Santos LC, Mazzoni V, Andrade KBS de, Souza NVD de O, Carvalho EC. Cuidado domiciliar na finitude e o conteúdo relevante para a formação dos profissionais de enfermagem. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2024 [cited 2024 April 30];98(2):e024299. Available from: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.2151>
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2014. [cited 2024 April 29].
8. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Internet]. 2017 [cited 2022 April 7];18(1):170-185. Available from: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>
9. Oliveira CMV de, Maciel MEB, Lima CG, Gallindo GD, Simões JP de S, Carvalho VP da S, Santos SC dos. Entraves na assistência domiciliar ao idoso: análise da produção científica. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr. 30];4(1):411-29. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-033>
10. Lins MEM, Marques APO, Leal MCC, Barros RL. Adaptações e invenções na práxis da enfermeira na atenção domiciliar: implicações da prática reflexiva. *Escola de Enfermagem online* [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2018 [cited 2022 March 01];22 (3). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0436>
11. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia* [Internet]. 2019 [cited 2024 April 30]; 15(31): 69-79. Available from: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
12. Gomes GC, Moreira R da S, Maia TO, Santos MAB dos, Silva V de L. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Mar;26(3):1035–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>
13. Cativo Orlando Pereira, Silva Wendell Mattheus Amâncio, Ferreira Jennifer Letícia Nery Gomes, Barbosa Jaqueline de Sousa Veras, Silva Ejandre Garcia Negreiros, et al. Capacidade funcional de indivíduos com doenças crônicas. *Fisioterapia Brasil* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 01]; 23(1). <https://doi.org/10.33233/fb.v23i1.4939>
14. Sardinha AHL, Garreto LS, Sousa SMF, Almeida JS. Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Rev. APS.* [Internet]. 2021[cited 2022 March 01]; 24(3): 477-92. Available from: <http://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>

15. Sousa NF da S, Lima MG, Cesar CLG, Barros MB de A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018[cited 2022 March 7]; 34(11): e00173317. Available from: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00173317>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019 - Ciclos de vida: Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2101846&view=detalhes>
17. Silva JAT, Lima MJ, Elias BK, Silva NMMG. Percepções sobre o autocuidado masculino: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Development. [Internet]. 2021[cited 2022 April 14]; 7(2): 20766-77. Available from: <http://doi.org/10.34117/bjdv7n2-631>
18. Alcântara RKL, Cavalcante MLSN, Fernandes BKC, Lopes VM, Leite SFP, Borges CL. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2019[cited 2022 April 14];13(3):674-9. Available from: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a237384p674-423-2019>
19. Sturmer J, Bettinelli LA, Amaral PP, Bortoluzzi EC, Doring M. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das Estratégias de Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017[cited 2022 April 14]; 11(8): 3236-42. Available from: <http://doi.org/10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201707>
20. Garcia LHC, Cardoso NO, Bernardi CMCN. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2019[cited 2022 April 14]; 11(3):19-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>
21. Sousa GS, Silva RM, Reinaldo AMS, Soares SM, Guetierrez DMD, Figueiredo MLF. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021[cited 2022 April 15]; 26(1):27-36. Available from: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30172020>
22. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DST, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults: a population-based study. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia[Internet]. 2019 [cited 2022 April 15];22(06):e190253. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>
23. Santos LS, Marinho MS, Santana ES, Lima PV, Reis LA, Reis LA. Caracterização dos idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde. Saúde (Sta. Maria) [Internet]. 2022[cited 2022 April 15]; 47(1).Available from: <http://doi.org/10.5902/223658344387>
24. Oliveira JS, Freitas SKS, Vilar NBS, Saintrain SV, Bizerril DO, Saintrain MVL. O nível educacional dos idosos revela diferenças quanto à renda e à condição de saúde autorreferida, mostrando que quanto mais anos de estudo, mais chances. J. Health Biol Sci. [Internet]. 2019[cited 2022 April 15]; 7(4):395-398. Available from: <http://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2343.p395-398.2019>

25. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, et al. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* [Internet]. 2017; 389(10075):1229-1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
26. Lobato TCL, Reis DA, Dantas JS, Souza, DBM. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idoso longo vivo no interior do Amazonas. *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2021[cited 2022 April 15]; 24(3): 115-134. Available from: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i3p115-134>
27. Lima CTA, Macedo MLL, Santos NSS, Rezende FAC, Netto LSS, et al. Religiosidade e envelhecimento: um retrato dos alunos da Universidade da Maturidade. *Revista Humanidades e Inovação* [Internet]. 2019[cited 2022 April 16]; 6(11): 70-75. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1573>
28. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021[cited 2022 April 16]; 26(1):77-88. Available from: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
29. Moraes RM. Quality of life profile of elderly people with hypertension in an ESF in the interior of Mato Grosso. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021; 10(15): e21101521326. Available from: doi.org/10.33448/rsd-v10i15.21326
30. Sousa AHS, Martins SB, Cortez ACL. Influence of comorbidities on the health of the elderly in the face of the Covid-19 pandemic: a integrative review. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2024 April 27]; 10(17): e199101724678. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24678>
31. Sayre EC, Esdaile JM, Kopec JA, Singer J, Wong H, Thorne A, et al. Specific manifestations of knee osteoarthritis predict depression and anxiety years in the future: Vancouver Longitudinal Study of Early Knee Osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 [cited 2024 May 06];21(1):467. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03496-8>
32. Prado LDS, Ramos MEK, Camargo JDC, Bertoncelo GL, Reginatto CC, Siqueira LO. Relationship between pain, functional limitations, dependence, depression and osteoarthritis in older adults. *Fisioter mov* [Internet]. 2023 [cited 2024 May 06];36:e36202. Available from: <https://doi.org/10.1590/fm.2023.36202>
33. Ferreira FG, Gomes LO, Grangeiro AFB, Cintra TR, Melo JLM, Magalhães PRM, Cunha CS. Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal. *Scientia Médica Porto Alegre* [Internet]. 2021[cited 2022 April 18]; 31:1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.38237>
34. Cruz MR de A, Lima EN da S, Santos NVP, Linhares NP, Lima AGT. O papel das intervenções não farmacológicas para controle da hipertensão arterial: revisão integrativa. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2021 Mar. 23 [cited 2024 May 3];7(3):29330-44. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-582>

35. Castro RMM de, Garcia DJ dos R, Chagas EM, Santos FO dos, Teixeira DS, Maia SRT, Silva ESP da, Lima RM de F. Utilização da aromaterapia e auriculoterapia como métodos não farmacológicos para alívio da dor em idosos. Braz. J. Develop. [Internet]. 2020 [cited 2024 May 3]; 6(8):60770-87. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-479>
36. Muniz EV, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção domiciliar do idoso na estratégia de saúde da família: perspectivas sobre a organização do cuidado. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017[cited 2022 April 18];11(1):296-302. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11908p296-302-2017>
37. Santos KP, Bernardinelli FMM, Santos FX, Crivelaro PMS, Fidelis FAM, Bastos VCN, Mukai HA, Borges PFB. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa. Braz. J. Develop. [Internet]. 2023[cited 2024 May 4];9(1):4439-45. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-305>
38. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [cited 2024 May 3]; 25(5):1863-77. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>

Correspondência

Iarlla Silva Ferreira

E-mail: iarlla@live.com

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.