



Perfil e condições clínicas de pacientes atendidos no programa “Melhor em Casa”

Profile and clinical conditions of patients in the “Better at Home” program

Sirlaine de Pinho¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0442-9405>

Rene Ferreira da Silva Junior²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3462-3930>

Victor Guilherme Pereira³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8384-385X>

Lucinéia de Pinho⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>

Cristiane Vieira da Silva⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5887-2587>

Antônio Prates Caldeira⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9990-9083>

Carla Silvana de Oliveira e Silva⁷

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0658-9990>

Simone de Melo Costa⁸

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0266-018X>

^{1,2,3,4,5,6,7,8}Universidade Estadual de Montes Claros/ Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil.

Editor Científico:

Tatiane Gomes Guedes

Editor Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 16/05/2023

Aceito: 17/09/2024

Publicado: 09/11/2024

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil e as condições clínicas de pacientes atendidos no programa 'Melhor em Casa' após a alta hospitalar. **Método:** estudo transversal-analítico a partir dos dados de pacientes referenciados para a atenção domiciliar. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, doenças prévias, condição de saúde na alta hospitalar. Análises bivariadas e múltiplas foram realizadas para verificar associações entre condições de saúde e perfil dos pacientes, com nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** o perfil de 254 pacientes foi majoritariamente de homens (56,3%), idosos (57,9%), pessoas com doenças prévias à internação hospitalar (80,3%), na condição de acamados (90,6%) e com a necessidade de sondas (74,4%). Os homens apresentaram menor idade ($p = 0,030$) e maior frequência para o uso de sondas ($p < 0,05$). Os acamados apresentaram maior prevalência para o uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de lesão por pressão ($p < 0,05$). **Conclusão:** identificou-se maior frequência de homens, idosos, indivíduos com doenças pré-existentes à internação hospitalar, acamados e usuários de sondas. A condição de acamado foi associada ao uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de lesão, sexo masculino associou-se a sonda. Os pacientes não idosos apresentaram maior frequência para as condições de traqueostomizado e ostomia.

Descritores: Pacientes Domiciliares; Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the profile and clinical conditions of patients treated in the 'Better at Home' program after hospital discharge. **Method:** cross-sectional-analytical study based on data from patients referred to home care. The variables studied were: gender, age, previous diseases, health status at hospital discharge. Bivariate and multiple analyses were performed to verify associations between health conditions and patient profile, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** the profile of 254 patients was mostly men (56.3%), elderly (57.9%), people with diseases prior to hospitalization (80.3%), bedridden (90.6%) and in need of tubes (74.4%). Men were younger ($p = 0.030$) and more frequent to use tubes ($p < 0.05$). The bedridden had a higher prevalence of tube use, tracheostomy, ostomy, and the presence of pressure injuries ($p < 0.05$). **Conclusion:** a higher frequency of men, the elderly, individuals with pre-existing diseases at the time of hospitalization, bedridden and tube users was identified. The bedridden condition was associated with the use of a tube, tracheostomy, ostomy and the presence of a lesion, male gender was associated with the tube. Non-elderly patients had a higher frequency of tracheostomized and ostomy conditions.

Descriptors: Home Patients; Home Care; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Public Health.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

De Pinho S, da Silva Junior RF, Pereira VG, de Pinho L, da Silva CV, Caldeira AP, et al. Perfil e condições clínicas de pacientes atendidos no programa “Melhor em Casa”. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e258610 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.258610>

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma das atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).¹ Contudo, para que o cuidado domiciliar seja eficaz, faz-se necessário definir os critérios de admissão do paciente, de forma clara, para evitar o consumo desnecessário de tempo e o abandono das situações de saúde com maior complexidade.²

A AD se fortalece ao interligar os setores de saúde e buscar meios de avançar na integralidade da assistência à saúde. Ela tem por base o conhecimento aprofundado do usuário dos serviços de saúde, com suas reais necessidades, rotinas, cultura e seu contexto familiar.³ A AD foi amparada pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), instituída no Brasil, em 2011. Em 2016, a Portaria nº 825/2016 redefiniu a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizou as equipes habilitadas.⁴

A PNAD integra a saúde pública, APS hospitalar. A PNAD promove uma maior interação das ações clínicas e administrativas, a partir da implementação de medidas relacionais, educacionais e técnicas, dentre as quais está inserido o programa 'Melhor em Casa'.³ Esse programa foi criado para aprimorar e ampliar o atendimento, no âmbito do SUS, aos pacientes que podem receber assistência em casa junto aos seus familiares, de modo a ampliar o cuidado humanizado.¹ Assim, o ambiente domiciliar passa a proporcionar um novo espaço para o cuidado em saúde, que vai além de ações técnicas e hospitalares.⁵

Outros propósitos da AD são: reduzir o tempo de permanência dos pacientes no hospital, garantir um melhor aproveitamento dos leitos hospitalares, reduzir os riscos de infecção¹ e de custos e, organizar o cuidado centrado no usuário do serviço de saúde. Esses, são propósitos coerentes com as características demográficas e epidemiológicas do Brasil, no sentido do cuidado contínuo referente às múltiplas doenças crônicas.⁶

Discutir o perfil dos pacientes atendidos na AD auxiliará no planejamento do cuidado e na implementação de intervenções mais acertadas na atenção à saúde, entretanto, constata-se uma carência de publicações nessa linha temática^{7,8} de desospitalização. Neste estudo, considerou-se a hipótese que as diferentes condições de saúde, como uso de sondas, traqueostomia, ostomia e Lesão Por Pressão (LPP) se associam aos perfis demográficos e clínicos distintos.

OBJETIVO

Analisar o perfil e as condições clínicas de pacientes atendidos no programa 'Melhor em Casa' após a alta hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e analítico, o qual atendeu as diretrizes recomendadas pelo *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*.⁹ Foram analisados os dados de prontuários de saúde de pacientes que obtiveram a alta hospitalar e foram recebidos no programa 'Melhor em Casa', da rede de serviços públicos de saúde de um município localizado no Norte de Minas Gerais, Brasil. Os dados se referem aos pacientes atendidos no programa 'Melhor em Casa' no período de 2016 a 2019, no município com um contingente populacional de cerca de 400.000 habitantes e quatro equipes do 'Melhor em Casa' implementadas.

Os dados foram coletados durante o primeiro e segundo semestres de 2020. Analisaram-se as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino), idade, limitação de locomoção (acamados, cadeirantes, dificuldade para andar), existência de doenças prévias à internação hospitalar (sim, não), necessidade de uso de sondas (sim, não), traqueostomizado (sim, não), ostomias (sim, não) e LPP (sim, não). As variáveis idade e limitação de locomoção foram dicotomizadas em: idosos com idade igual ou maior que 60 anos (sim, não) e em 'acamados' (sim, não).

Os dados foram descritos em valores absolutos e percentuais. Calcularam-se as médias (desvio-padrão - DP) das idades e respectivos dos Intervalos de Confiança 95% (IC 95%), medianas, mínimas e máximas. As medianas de idade foram analisadas conforme o sexo e as variáveis do perfil clínico pelo teste *Mann Whitney*, devido a não normalidade dos dados pelo teste *Kolmogorov-smirnov* ($p < 0,05$).

As análises bivariadas e múltiplas foram efetuadas pela regressão de Poisson, com variância robusta, e estimadas as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas, com respectivos IC 95%. As variáveis dependentes foram as condições clínicas dos pacientes no ato da alta hospitalar: uso de sonda, traqueostomia, ostomia e LPP. As variáveis independentes foram: sexo, idosos ≥ 60 anos, acamados e presença de doenças prévias. O tratamento estatístico considerou o nível de significância $p < 0,05$ e foi processado no software IBM® SPSS®, versão 22.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo deferido parecer consubstanciado integrado à plataforma Brasil de nº 3.582.723, e assim, garantiu-se o anonimato e a confidencialidade dos dados extraídos dos prontuários de saúde.

RESULTADOS

Em quatro anos foram recebidos na modalidade de atendimento domiciliar na rede SUS, no programa 'Melhor em Casa' 254 pacientes procedentes de alta hospitalar. O perfil

demográfico dos pacientes evidenciou uma maioria do sexo masculino (56,3%) e com idade igual ou maior que 60 anos (57,9%). A idade variou de um a 105 anos, sendo a média igual a 58,84 ($\pm 25,1$), e a mediana 63,5 anos. Com relação ao perfil clínico, 80,3% dos pacientes apresentavam doenças pré-existentes à internação hospitalar. Na alta hospitalar, foram registradas as limitações de locomoção, sendo 90,6% dos pacientes na situação de acamados, 6,3% cadeirantes e 3,2% apresentavam dificuldades para andar. Na tabela 1, observa-se que a maioria dos pacientes foi para o serviço de AD com necessidade do uso de sondas (74,4%).

Tabela 1. Condições clínicas dos pacientes recebidos pelo programa ‘Melhor em Casa’ após alta hospitalar no Norte de Minas Gerais, Brasil. 2016 a 2019. Montes Claros (MG), Brasil, 2020.

Condições clínicas	Sim	
	N	%
Uso de sondas	189	74,4
Traqueostomizado	89	35,0
Ostomias	97	38,2
LPP	101	39,8

Quando analisada a idade dos pacientes conforme sexo, constatou-se que os homens apresentaram menor mediana de idade (62 anos) quando comparados às mulheres ($p = 0,030$). A idade dos pacientes com traqueostomia e com ostomia foi menor comparados àqueles sem essas condições ($p < 0,05$). Para o uso de sondas e LPP não foi detectada uma diferença estatística entre as idades dos pacientes, assim como para a limitação de locomoção. As pessoas com doenças pré-existentes, na data da internação hospitalar, apresentaram maior idade quando comparadas aos sem doenças prévias (Tabela 2).

Tabela 2. Idade dos pacientes conforme sexo e condição clínica. Norte de Minas Gerais, Brasil. 2016 a 2019. Montes Claros (MG), Brasil, 2020.

Variáveis	Idade dos pacientes						p**
		Média IC95%*	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	
Sexo	Feminino	62,80 58,24-67,37	24,266	66,0	1	105	0,030
	Masculino	55,74	25,525	62,0	2	102	

51,49-59,99							
Uso de sondas	Sim	57,07 53,25-60,89	26,261	62,0	1	102	0,166
	Não	63,98 59,19-68,78	19,339	66,0	9	105	
Traqueostomia	Sim	49,69 43,98-55,40	27,104	57,0	1	92	<0,001
	Não	63,78 60,32-67,25	22,543	67,0	2	105	
Ostomia	Sim	51,59 46,14-57,04	27,051	57,0	1	102	0,001
	Não	63,32 59,73-66,92	22,782	67,0	2	105	
LPP	Sim	63,19 59,17-67,20	20,335	64,0	14	105	0,170
	Não	55,97 51,58-60,37	27,501	63,0	1	100	
Dificuldade de locomoção	Acamados	58,67 55,33-62,01	25,678	64,0	1	105	0,805
	Cadeirante/ dificuldade locomoção	60,50 52,43-68,57	19,120	58,0	26	98	
Doenças pré-existent	Sim	61,74 58,26-65,22	25,210	66,0	1	105	<0,001
	Não	47,02 41,03-53,01	21,074	43,5	2	88	

*IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

**p valor para a comparação de medianas pelo teste *Mann Whitney*.

***DP - Desvio-Padrão

Entre as pessoas com registro de doenças pré-existent, 53,4% eram homens, no entanto, sem diferença significativa quando comparados às mulheres ($p = 0,063$); também para os pacientes em situação de acamados, a maior frequência (57,4%) foi para os homens, $p = 0,277$. O uso de sonda nos homens foi 11% maior que entre as mulheres ($RP = 1,11$) e 35% maior entre os que receberam alta hospitalar na condição de acamados ($RP = 1,35$), com significância estatística. Entre os pacientes traqueostomizados, a maior prevalência ficou para os pacientes com idade menor que 60 anos ($RP = 1,14$) e, entre acamados ($RP = 1,16$), com significância estatística ($p < 0,05$). Apesar de os homens apresentarem maior prevalência de registro de traqueostomia na análise bivariada, a variável sexo não permaneceu associada na análise múltipla (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada e múltipla (Regressão de Poisson) para variáveis associadas ao uso de sonda e traqueostomia em pacientes recebidos na AD. Norte de Minas Gerais, Brasil. 2016 a 2019. Montes Claros (MG), Brasil, 2020.

Variáveis	Uso de sonda					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)*	P	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	73(65,8)	38(34,2)	1	0,005	1	0,010
Masculino	116(81,1)	27(18,9)	1,13(1,04-1,23)		1,11(1,03-1,21)	
Idosos (≥60 anos)						
Sim	105(71,4)	42(28,6)	1	0,195	-	-
Não	84(78,5)	23(21,5)	1,05(0,97-1,15)			
Acamados						
Não	8(33,3)	16(66,7)	1	<0,001	1	<0,001
Sim	181(78,7)	49(21,3)	1,37(1,22-1,54)		1,35(1,20-1,52)	
Doenças prévias						
Sim	151(74,0)	53(26,0)	1	0,771	-	-
Não	38(76,0)	12(24,0)	1,02(0,91-1,13)			
Variáveis	Traqueostomizado					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	n(%)	n(%)	RP(IC95%)	P	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	31(27,9)	80(72,1)	1	0,033	-	-
Masculino	58(40,6)	85(59,4)	1,08(1,01-1,16)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	39(26,5)	108(73,5)	1	0,001	1	0,001
Não	50(46,7)	57(53,3)	1,14(1,05-1,22)		1,14(1,05-1,22)	
Acamados						
Não	3(12,5)	21(87,5)	1	0,001	1	<0,001
Sim	86(37,4)	144(62,6)	1,15(1,06-1,25)		1,16(1,08-1,27)	
Doenças prévias						
Sim	68(33,3)	136(66,7)	1	0,270	-	-
Não	21(42,0)	29(58,0)	1,05(0,96-1,16)			

* RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

A ostomia se mostrou associada à idade, apresentou maior prevalência entre os pacientes não idosos (RP = 1,10) e entre aqueles na condição de acamados na alta hospitalar (RP = 1,14), com $p < 0,05$. Para LPP, os acamados apresentaram 22% de maior

prevalência, quando comparados aos cadeirantes ou indivíduos com dificuldade de andar, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4. Análise bivariada e múltipla (regressão de Poisson) para variáveis associadas à ostomia e LPP em pacientes recebidos na AD. Norte de Minas Gerais, Brasil. 2016 a 2019. Montes Claros (MG), Brasil, 2020.

Variáveis	Ostomia					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)*	P	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	37(33,3)	74(66,7)	1	0,156	-	-
Masculino	60(42,0)	83(58,0)	1,06(0,98-1,14)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	47(32,0)	100(68,0)	1	0,018	1	0,011
Não	50(46,7)	57(53,3)	1,10(1,02-1,18)		1,10(1,02-1,19)	
Acamados						
Não	5(20,8)	19(79,2)	1	0,025	1	0,014
Sim	92(40,0)	138(60,0)	1,12(1,01-1,23)		1,14(1,03-1,25)	
Doenças prévias						
Sim	77(37,7)	127(62,3)	1	0,771	-	-
Não	20(40,0)	30(60,0)	1,01			
Variáveis	LPP					
	Sim	Não	Bivariada		Múltipla	
	N(%)	N(%)	RP(IC95%)	P	RP(IC95%)	p
Sexo						
Feminino	43(38,7)	68(61,3)	1	0,768	-	-
Masculino	58(40,6)	85(59,4)	1,01(0,94-1,09)			
Idosos (≥60 anos)						
Sim	64(43,5)	83(56,5)	1	0,145	-	-
Não	37(34,6)	70(65,4)	0,94(0,88-1,02)			
Acamados						
Não	2(8,3)	22(91,7)	1	<0,001	1	<0,001
Sim	99(43,0)	131(57,0)	1,22(1,14-1,32)		1,22(1,14-1,30)	
Doenças prévias						
Sim	84(41,2)	120(58,8)	1	0,335	-	-
Não	17(34,0)	33(66,0)	0,96(0,88-1,05)			

* RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

DISCUSSÃO

Este estudo descreveu o perfil demográfico e clínico de 254 pacientes referenciados para o atendimento domiciliar, no âmbito do programa 'Melhor em Casa', no SUS, em um município localizado no Norte de Minas Gerais, Brasil, após a alta hospitalar. Confirma-se também a hipótese proposta nesta investigação, com diferentes condições de saúde (uso de sondas, traqueostomia, ostomia e LPP) se associaram aos perfis demográficos e clínicos distintos.

O perfil dos pacientes foi majoritariamente formado por homens, idosos, pessoas com doenças prévias à internação hospitalar, na condição de acamados e com necessidade de uso de sondas. A predominância da faixa etária idosa entre os pacientes que utilizavam o serviço de atendimento domiciliar, também foi observada em outros estudos.^{7, 10-13} Apesar de dois deles se referirem ao período anterior à implantação do programa Melhor em Casa, destaca-se que os estudos foram conduzidos em localidades onde já se prestavam ações semelhantes ao deste programa.^{10,11}

Deve-se destacar que além da necessidade de cuidados contínuos relacionados ao envelhecimento da população, outras condições são passíveis de cuidados, de longa duração, tais como bebês prematuros, sequelas e doenças crônicas, doenças degenerativas, cuidados paliativos, suporte de vida e reabilitação¹⁴, o que explica a ampla variação de idade dos pacientes investigados neste estudo, de um a 105 anos.

As mulheres apresentaram maior mediana de idade, quando comparadas aos homens, mas ambos tinham idade acima de 60 anos. A maior frequência de idosos pode relacionar-se ao aumento na expectativa de vida e à prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, ou seja, são condições que tornam as pessoas mais propensas a necessitarem de cuidados domiciliares¹¹. Quanto ao maior percentual de homens entre os investigados, constata-se alguns resultados divergentes em outros estudos^{7,10,12}, com predominância de mulheres.

A maioria dos pacientes estava na condição de acamado, resultado concordante com outra pesquisa, com 131 pacientes atendidos por um programa público de AD.⁷ A falta de mobilidade é critério para o paciente ser atendido no programa Melhor em Casa.¹³ O fato de ser acamado foi associado ao uso de sonda, à traqueostomia, à ostomia e à LPP, condições que fragilizam ainda mais os pacientes incapacitados de locomoção.

Outra tendência observada no estudo foi o uso de sonda para a maioria dos pacientes, independentemente da idade, mas com maior percentual e associação estatística entre os homens e acamados. Em relação à alimentação, o estudo¹⁵, mostrou que a maioria dos pacientes faz uso de sonda por via oral (64%). Nos serviços públicos a

frequência do uso de tubo nasal de sonda nasoenteral (SNE) ou sonda nasogástrica (SNG) é maior que a de gastrostomia, que tem maior custo para o SUS e, por ser um procedimento cirúrgico com maior dificuldade de se realizar.

Como apresentado neste estudo, há uma variação no perfil clínico do paciente admitido no 'Melhor em Casa'. Quanto ao perfil de elegibilidade do paciente para a AD, o Ministério da Saúde estabeleceu que seja para aqueles com estabilidade clínica, e quando a AD for considerada uma oferta oportuna para o tratamento. Pode ser de palição, ou reabilitação ou prevenção dos agravos, considerando a autonomia do paciente, dos familiares e cuidadores.⁴ Nas situações em que não existe a equipe do 'Melhor em Casa' em municípios, sem porte populacional para terem o serviço de AD ou mesmo que ainda não tenham definido a implantação desse serviço, as equipes de atenção primária poderão se tornar referências para todos os usuários em AD.¹⁶

Ainda, de acordo com os resultados desta pesquisa, a traqueostomia e a ostomia foram mais prevalentes entre os pacientes não idosos e nos acamados. Todavia essas morbidades podem ser condições que implicam no enquadramento do paciente nas modalidades do tipo 'AD2' ou 'AD3', pré-requisitos para a admissão no 'Melhor em Casa'.¹ As múltiplas comorbidades representam características comuns no perfil de pacientes inseridos nos serviços de AD.¹⁷⁻¹⁹ Os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes apresentaram múltiplas necessidades de acompanhamento, com condições de saúde adequadas aos critérios de elegibilidade do 'Melhor em Casa'.

O grau de dependência com o 'Melhor em Casa' varia conforme a complexidade do quadro de saúde do paciente. Quanto maior o grau de complexidade, maior o grau de dependência. Outro estudo, com plano de assistência domiciliar para 2.934 pacientes, constatou que 53% dos pacientes de alta complexidade eram totalmente dependentes¹⁸, confirmado por este estudo, com mais de 90,0% de pacientes em situação de acamados.

São muitos os critérios para que o paciente seja assistido pelo 'Melhor em Casa'. Além dos problemas de mobilidade, como citado anteriormente, destacam-se outras condições: feridas, uso de antibióticos para as dificuldades respiratórias e o uso de suporte ventilatório.¹³ Neste estudo, os pacientes apresentavam doenças pré-existentes à internação hospitalar, o que sugere uma fragilidade na condição de saúde.

Os problemas mais frequentes em pacientes com AD são: pneumonia, diabetes, tuberculose e leishmaniose visceral¹¹, problemas neurológicos, tumores^{10,15}, problemas ósseos e cardiorrespiratórios⁹; além de doenças vasculares⁷ e, LPP/úlceras por pressão.^{7,20} Muitas dessas doenças são mais prevalentes entre os idosos, em concordância com o perfil demográfico encontrado nos pacientes que demandaram o serviço do 'Melhor em Casa'.

As ações realizadas em âmbito domiciliar visaram satisfazer as necessidades humanas básicas, proporcionando conforto, satisfação e restaurando o equilíbrio das funções psico, bio e fisiológicas. Necessidades essenciais para sustentar a vida, comuns a todas as pessoas¹⁴ que necessitavam de continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Quanto ao acesso ao serviço de AD, compreendê-lo é um processo que vai além da quantidade de serviços existentes, e dos diferentes níveis de acessibilidade na rede de atenção, inclui a qualidade da assistência prestada por meio do atendimento humanizado²¹ e uma comunicação articulada entre os diferentes pontos de atenção do SUS, sendo um alicerce para a transversalidade.²²

Reconhece-se, com isso, a importância do atendimento domiciliar, e ao mesmo tempo a necessidade desse serviço no SUS. Conquanto, seguindo o aumento progressivo da população do município analisado, bem como, de seus entornos que tem como referência o hospital em que foi realizado o estudo, para as várias especialidades, entende ser necessário ampliar, não só as equipes do 'Melhor em Casa' em si, mas maximizar suas possibilidades técnicas.

O estudo evidenciou, também, uma maior frequência de pacientes com LPP entre os acamados, em concordância com outra investigação.²³ Mesmo para os pacientes sem LPP, deve-se ressaltar que a condição de acamados, já os colocam em maior risco de desenvolver essas lesões¹², quando no cuidado em domicílios.

A AD é uma opção comprovadamente segura e eficaz para os pacientes com doenças crônicas ou agudas.²⁴ Dentre outros benefícios, fica evidente que ela reduz a incidência de infecções nosocomiais, permite os tratamentos específicos para determinadas doenças e, por fim, disponibiliza os leitos no hospital para os pacientes que necessitam de tratamentos mais complexos.¹¹ E uma proporção importante de pacientes idosos internados em hospitais poderia usufruir de serviços substitutivos de leitos em casa, como demonstrado em um estudo conduzido em hospital, centro de referência australiano.²⁵

Torna-se cada vez mais importante, em diferentes organizações sociais e de saúde, a expansão dos serviços de AD como uma alternativa viável e promissora. Nessa perspectiva, uma metanálise concluiu que a intervenção domiciliar embasada na educação em saúde e no suporte de cuidados aos pacientes com insuficiência cardíaca reduziu as taxas de reinternações e elevou a sobrevida dos pacientes.²⁶

A AD deve possibilitar que as pessoas vivenciem um novo tipo de assistência à saúde, que reúne o conhecimento e a tecnologia, ela baseia-se na situação real de cada pessoa conforme a sua necessidade e proporciona um atendimento personalizado e mais

humano, e uma recuperação mais rápida.^{10, 27} Quando o prognóstico for muito desfavorável, a desospitalização também deve ser considerada como uma possibilidade de um fim de vida no ambiente familiar, por meio de cuidados paliativos.²⁸ Um estudo que avaliou a preferência de pacientes com diagnóstico de câncer quanto ao local de morte, constatou-se uma maior frequência de opiniões para o óbito em âmbito domiciliar.²⁹

Contempla-se, assim, em dizer que os benefícios desse sistema não são direcionados apenas ao paciente, mas em todas as esferas que o permeiam, inclusive na alocação de recursos em saúde pública. Fato que justifica aprimorar e ampliar os serviços de AD, subsidiados no perfil demográfico e clínico dos usuários dessa modalidade de atenção à saúde.

Considera-se entre as limitações deste estudo, o fato de ainda não existir um sistema padronizado e tecnologicamente eficiente entre os hospitais e APS que possa servir de base de dados consubstanciados para investigar melhor os fluxos dos pacientes, referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção do SUS. Os dados foram coletados em prontuários de saúde de um hospital, após o levantamento de pacientes admitidos no 'Melhor em Casa', portanto, há possibilidade de vieses de informações por se tratar de dados secundários.

CONCLUSÃO

O perfil e as condições clínicas de pacientes em alta hospitalar recebidos para o atendimento domiciliar no âmbito do programa 'Melhor em Casa', no SUS, apresentou maior frequência para os homens, idosos, indivíduos com doenças pré-existentes à internação hospitalar, acamados e usuários de sondas. A condição de acamado foi associada ao uso de sonda, traqueostomia, ostomia e presença de LPP, colocando-os em situação de maior fragilização. Os homens apresentaram menor idade e maior frequência para a necessidade de sondas. Os pacientes não idosos apresentaram maior frequência para as condições de traqueostomizado e ostomia.

A delimitação e a análise das condições clínicas dos pacientes na alta hospitalar podem subsidiar o planejamento e a implementação de intervenções apropriadas. Destaca-se que o processo de envelhecimento da população é um fator que estimula o sistema de saúde a se atentar para os novos modelos de atenção em saúde, como o domiciliar, embora, essas novas estratégias médicas serem relevantes para as mudanças efetivas nas práticas de saúde, independente da faixa etária.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram igualmente na concepção do artigo, coleta, análise e discussão dos dados, assim como na redação e na revisão crítica do conteúdo, com a contribuição intelectual e a aprovação da versão final do estudo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
2. 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 [cited 2022 Oct 18];43(121):592-604. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>
3. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 18];25(5):1863-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
4. 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. *Diário Oficial* 2016. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
5. Lima, ACB, Souza DF de, Ferraz F, Castro A, Soratto J. Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 22];17(44):1-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3003](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3003)
6. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 22];25(5):1863-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
7. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 28];10(3):112-18. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905>
8. Nishimura F, Carrara A, Freitas CE. Atendimento domiciliar e internações hospitalares: Uma Análise utilizando um Desenho de Regressão Descontínua. In: Conference: 45º

Encontro Nacional de Economia December 2018. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325070737_Atendimento_domiciliar_e_inter_nacoes_hospitalares_Uma_analise_utilizando_um_desenho_de_regressao_descontinua

9. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2008 [cited 2022 Nov 28];61(4):344-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
10. Araújo RCG, Pinheiro RHO, Pelazza BB, Borges SDS, Silva GA, Paula CR, et al. Perfil dos pacientes atendidos no programa melhor em casa em um município da região sudoeste de Goiás. *Itinerarius Reflectionis* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 28];15(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5216/rir.v15i3.59222>
11. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JÁ, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov 29];21(1):147-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v15i2.8648758>
12. Reis, GFM, Jericó MC, Maloni AAS, Bedin SC, Gasques PCA, Kawata SLM. Perfil de pacientes e indicadores de um serviço de atenção domiciliar. *Enferm Brasil* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dez 02];20(2):191-215. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i2.4210>
13. 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* [Internet]. 2017 [cited 2022 Dez 02];22(4):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf
15. Souza ABMS, Neumann KRS. Perfil de paciente em uso de dieta enteral assistidos pela comissão de farmácia e terapêutica do município de Teófilo Otoni - MG. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 02];7(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000079>
16. Bertagnoli MSFF, Melchior MI, Monti RG, Kimura RA, et al. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dez 02];31(01):e310113. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310113>
17. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dez 04];29(2):e290214. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290214>
18. Neves VFA, Moura TM, Oliveira GRSA, Rodrigues GRS. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários assistidos na atenção domiciliar. *Rev Enferm Contemp*. [Internet].

2022 [cited 2022 Dez 04];11(1):e4232. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4032>

19. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dez 10];29(2):e290214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
20. Rodrigues LF, Pacheco LS, Chubaci EF, Zabeu GV, Souza GL, Colombino ICF, et al. Perfil e indicadores da assistência de um serviço de atenção domiciliar em cuidados paliativos de um Hospital de Câncer. *Rev. Saúde Pública Paraná* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dez 10];3(1):5-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p05>
21. Soares GR, Boeno GV, Gonçalves TS, D'elly SBR, Medeiros JGT, Almeida AN, et al. A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. *Enferm foco* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 10];13(1):e-202245ESP1. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1>
22. Xavier GTO, Nascimento VB do, Carneiro-Junior N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dez 27];22(2):e180151. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>
23. Rodrigues CAO, Nogueira PLS.; Miranda FB, Galvão APFC, Martins AG, Araújo DD. Risco de lesão por pressão em pacientes domiciliares: prevalência e fatores associados. *Revista Feridas* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dez 27];8(43):1561-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690307i>
24. Belo Horizonte. Guia diretrizes da atenção domiciliar. Belo Horizonte: SMS; 2023. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf>
25. Lim SM, Island L, Horsburgh A, Maier AB. Home First! Identification of Hospitalized Patients for Home-Based Models of Care. *J Am Med Dir Assoc.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 05]; 22(2):413-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.061>
26. Aaqib HM, Senada SM, Wilbert SA. MAGIC (Meta-analysis And oriGinal Investigation in Cardiology) investigators. Effect of home-based follow-up intervention on readmissions and mortality in heart failure patients: a meta-analysis. *Future cardiol.* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 05];15(5):377-86. DOI: <https://doi.org/10.2217/fca-2018-0061>
27. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010-2020. *J Am Geriatr Soc.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 05];69(10):2963-2972. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>
28. Abe K, Kawachi I, Watanabe T, Tamiya N. Association of the Frequency of In-Home Care Services Utilization and the Probability of In-Home Death. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 05];4(11):e2132787. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.32787>

29. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Fan H, Coyte PC. Where Do Cancer Patients in Receipt of Home-Based Palliative Care Prefer to Die and What Are the Determinants of a Preference for a Home Death? *Int j environ res public health* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 05];18(1):235-49. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010235>

Correspondência:

Sirlaine de Pinho

E-mail: sirlainepinho@gmail.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, 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.