

PERFIL DO PACIENTE IDOSO ATENDIDO POR UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RS

PROFILE OF ELDERLY PATIENTS ATTENDED BY A HOSPITAL-BASED HEALTH CARE SYSTEM IN PORTO ALEGRE, RS

Alethéia Peters Bajotto¹, Adriana Witter¹, Sati Jaber Mahmud², Sérgio Sirena¹, José Roberto Goldim³

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste artigo é apresentar algumas características do perfil dos pacientes idosos que participaram do Programa de Atenção Domiciliar da equipe do Grupo Hospital Conceição, nos anos de 2009 e 2010.

Métodos: O estudo caracteriza-se por ser descritivo, transversal e quantitativo com base em pesquisa em banco de dados do PAD (Programa de Atenção Domiciliar), no período de 2009 e 2010.

Resultados: Maioria dos usuários do serviço é do sexo feminino, com idades variando de 60 a 98 anos, média de internação em torno de 25 a 30 dias. Áreas de maior complexidade utilizam mais o serviço de internação domiciliar (Medicina Interna, Emergência, Cardiologia) e os pacientes estão vinculados principalmente às unidades básicas do IAPI, Sarandi e Passo das Pedras.

Conclusões: Houve um crescimento no número de internação de idosos pela equipe do PAD, porém a média de dias de internação dos pacientes diminuiu, demonstrando provavelmente, maior eficiência do serviço.

Palavras-chave: Saúde pública; idoso; serviços hospitalares de assistência domiciliar

ABSTRACT

Background: The aim of this paper is to present some characteristics from the profile of elderly patients who participated in the Home Care Service Hospital-Based for the years 2009 and 2010, of the Conceição Hospital Group (GHC).

Methods: The study is characterized by being descriptive, transversal and quantitative, based on database of PAD (Home Care Program), between 2009 and 2010.

Results: Most service users are female, with ages ranging from 60 to 98 years, average days of home care around 25 to 30 days. Areas of greater complexity most used the service (internal medicine, emergency, cardiology).

Conclusions: There was an increase in the number of visits to the elderly by the team of PAD, however, the average of home care service of patients declined and may the demonstration of the efficiency of the service.

Keywords: Public health; elderly; Home Care Program

Revista HCPA. 2012;32(3):311-317

¹Programa de Pós-graduação de Gestão à Atenção da Saúde do Idoso, Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

²Programa de Atenção Domiciliar, GHC.

³Serviço de Bioética, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS.

Contato:

Alethéia Peters Bajotto
aletheia@bajotto.com.br
Porto Alegre, RS, Brasil

A espécie humana levou milhares de anos para atingir a marca de um bilhão de pessoas, o que teria ocorrido por volta de 1830. Em 1927, este número dobrou. A população mundial chegou aos três bilhões de habitantes em 1960. Desde então, esse incremento populacional experimentou substancial aceleração. Em 14 anos a marca dos quatro bilhões foi atingida, o quinto bilhão veio em 1987 e, 12 anos depois, em 1999, alcançamos o sexto bilhão. Concomitante ao aumento populacional caminha a longevidade humana no mundo todo (1).

O envelhecimento da população mundial tem sido considerado um dos mais importantes fenômenos demográficos, e é frequentemente referido como determinante dos custos e gastos com a saúde. Estes custos são um efeito tanto do próprio processo de envelhecimento (social) quanto do aumento que vem com a idade avançada (individual) (2).

Há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do País. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensa que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada (3).

A hospitalização é considerada de grande risco, especialmente para as pessoas mais idosas. Cerca de metade das internações hospitalares de idosos têm como causas mais frequentes as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório. Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis (4).

Os programas de internação domiciliar representam uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção (5). Atualmente, estima-se que quase metade dos adultos que estão internados tem 65 anos de idade ou mais, embora estes representem apenas 12,5% da população (6). O tempo médio de internação dos idosos no Brasil gira em torno de 13 dias; na maioria dos estudos internacionais, a variação é de 8 a 15 dias de hospitalização (4).

Nesse momento em que o País se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta de instalação da modalidade de internação domiciliar pode vir a contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas definições de papéis que se fazem necessárias (7).

Este artigo tem o propósito de apresentar algumas características do perfil dos idosos em internação domiciliar pelo PAD – GHC, nos anos de 2009 e 2010, refletindo brevemente sobre os achados da pesquisa. Neste momento, vale esclarecer que o PAD não é um serviço voltado exclusivamente ao idoso. O foco deste trabalho centraliza-se nos adultos idosos, mas o Programa desenvolvido pela rede GHC (Grupo Hospitalar Conceição, que compreende o Hospital Cristo Redentor, Hospital Nossa Senhora Conceição, Hospital Femina e Hospital da Criança Conceição) estende-se a adultos e crianças também.

A saúde pública e os idosos

Embora ainda foco de controvérsias quanto a sua conceituação, em linhas gerais, os idosos frágeis são os indivíduos portadores de múltiplas condições crônicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e, frequentemente, ao desenvolvimento de quadro de dependência funcional. Considerando-se a própria idade como fator de risco para esses eventos, sabe-se que, entre os idosos com idade mais avançada (80 anos e mais), estão os que já são imediatamente caracterizados como frágeis (4). Estes idosos frágeis também são aqueles que dispendem maior cuidado da família, de cuidadores e de toda a equipe de saúde quando adoecido.

Em 2002, os idosos representavam 12,7 milhões (41%) das 31,7 milhões de internações nos Estados Unidos, e estes números vem aumentando significativamente com o envelhecimento da população. A segmentação das necessidades de cuidados a idosos hospitalizados e o alerta para os riscos de complicações relativas às doenças são as preocupações mais prementes para o gerenciamento de condições de cuidados intensivos de saúde nesta população (1,9).

Nós, enquanto agentes transformadores, com formação na “nova” educação em saúde, não podemos deixar de intervir nesse processo vicioso que pode estar esvaziando os cofres da saúde e que, por si só, não consegue oferecer qualidade de vida aos idosos do nosso País. Buscar um atendimento mais humanizado, muitas vezes mais sadio, pode ser o caminho para chegar ao Programa de Atenção Domiciliar. Resta-nos aprofundar o conhecimento, analisar o quadro atual e traçar um plano onde seja possível abraçar o idoso e sua fragilidade, respeitando o direito à assistência em saúde integral.

A interdisciplinaridade é instrumento condutor para a Gerontologia em busca de mudanças que venham

a somar conhecimentos e redundar em esforços no processo de desenvolvimento da área da saúde em relação ao paciente idoso. O idoso representa uma parcela socialmente importante com diversos enfoques e possibilidades a serem desvendadas (10).

A equipe em saúde tem um papel importante nesse processo, cabendo a ela inserir esse sujeito como foco de sua práxis diária e envolvê-lo como parte integrante do cuidar, utilizando, para tal, a educação em saúde(8).

A educação em saúde trabalha com grupos, enfatizando que é por meio deles que pode ocorrer a troca de experiências e concepções em determinada coletividade/realidade. Com isso, seria possível construir uma consciência coletiva crítica, transpondo-a, posteriormente, para o nível individual dos participantes: seria a promoção da autonomia de cada pessoa via educação (9).

A internação domiciliar

A atenção domiciliar deve ser entendida como um termo genérico que envolve as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. A assistência domiciliar é definida como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. Quando falamos em internação domiciliar, o conceito deve ser compreendido como “conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (11).”

A Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS e estabelece como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais:

- I - idoso;
- II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e
- IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. 12

Cabe ressaltar que os idosos são pacientes prioritariamente considerados vulneráveis. Tratar pessoas desiguais de forma desigual de acordo com suas necessidades é uma interpretação do princípio da Justiça. De qualquer forma, um tratamento diferenciado entre pessoas quando baseado em necessidades individuais é aceito, com intuito de alcançar o ideal de

máxima equidade possível (13,14). No âmbito da área da saúde é um dilema moral estabelecer prioridades em relação à assistência em saúde, porém, pelas necessidades e vulnerabilidade dos pacientes idosos adoevidos, encontramos os idosos no topo da cadeia de prioridades em relação à internação domiciliar.

O Ministério da Saúde aconselha a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e da família permitir (12).

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e englobam os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o maior conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco. 12

Existe a preocupação das instituições e do Estado com a redução dos custos decorrentes da assistência hospitalar, bem como à importância atribuída à estimulação de vínculos entre doente e familiar no ambiente domiciliar. Dessa forma, o Estado torna a dividir com a família a responsabilidade pelos cuidados dos doentes, fazendo com que o espaço familiar e comunitário volte a ser valorizado como ambiente de cuidado (8).

Quando a atenção domiciliar se configura como uma modalidade substitutiva de organização da atenção, como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição, ela se configura como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras (15).

MÉTODOS

O estudo em questão caracteriza-se por ser descritivo, transversal e quantitativo. Realizado mediante pesquisa em bancos de dado do PAD, buscando informações de pacientes de ambos os sexos que internaram no período de 2009 e 2010. O projeto foi aprovado pelo CEP GHC (11-123).

Critérios de inclusão: os indivíduos tinham idade igual ou superior a 60 anos, e deviam ter sido internados em domicílio pela equipe PAD GHC nos anos de 2009 e 2010.

As variáveis escolhidas para compor o perfil dos pacientes foram: data de internação, idade do paciente, sexo, ESF/UBS de origem, especialidade que encaminhou o paciente ao PAD, tempo de internação (em dias) e total de visitas domiciliares realizadas pelo PAD, por ano.

A coleta de dados foi realizada no Hospital Nossa Senhora da Conceição, na cidade de Porto Alegre, no núcleo do Programa de Atenção Domiciliar, nos meses de junho a agosto de 2011.

A estatística utilizada para o instrumento de sexo, ESF/UBS e especialidades foi a de frequências absolutas e relativas. Em relação à Idade, tempo de internação e total de visitas domiciliares foi utilizada média e desvio-padrão para as variáveis contínuas com distribuição ou mediana e intervalo interquartil para aquelas com distribuição assimétrica.

RESULTADOS

De um total de 253 idosos que utilizaram este serviço no ano de 2009, 153 indivíduos eram do

sexo feminino (60%) e 100 eram do sexo masculino (40%). A análise estatística não demonstrou variação significativa entre gênero e ano de internação de 2009 e de 2010, com $p=0,167$ (teste Qui-quadrado). Da mesma forma, ao testar as variáveis idade X ano de internação, para 2009 e 2010, não houve diferença significativa ($p=0,328$). Realizou-se, neste ano, um total de 1.497 visitas domiciliares e a média de internação domiciliar dos idosos ficou em torno de 29,3 dias.

No ano de 2010, 377 idosos foram internados em regime domiciliar pelo PAD, totalizando 200 (53%) pacientes do sexo feminino e 177 pacientes do sexo masculino (47%). Suas idades variaram de 60 a 98 anos de idade e o tempo médio de internação foi de 25,8 dias. O número de visitas domiciliares realizadas pela equipe do PAD no ano de 2010 foi de 2.207.

A seguir, apresentamos em forma de tabela as cinco principais unidades de internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, que encaminharam pacientes para internação domiciliar, nos anos de 2009 e 2010.

Tabela 1 - Principais unidades de internação que encaminharam pacientes idosos para internação domiciliar em 2009 e 2010.

Ano	Unidade	n	%
2009	Medicina interna HNSC	102	40,3
	Cardiologia	38	15,0
	Emergência	29	11,5
	Neurologia	18	7,1
	Vascular HNSC	16	6,3
	Unidade	n	%
2010	Medicina interna HNSC	85	42,9
	Emergência	27	13,6
	Vascular HNSC	14	7,1
	Cardiologia	13	6,6
	Neurologia	10	5,1

Os idosos que são internados pelo programa de internação domiciliar do GHC possuem como referência alguma unidade de saúde próxima de sua residência. As cinco principais unidades básicas de saúde, que

apresentaram números mais expressivos de idosos internados em domicílio, podem ser encontradas na tabela a seguir.

Tabela 2 - Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem dos idosos internados pelo PAD em 2009 e 2010.

ANO		n	%
2009	IAPI	19	7,5
	PAS.PEDRAS I	14	5,5
	SARANDI	13	5,1
	RAMOS	12	4,7
	CONCEIÇÃO	9	3,6
	IAPI	19	7,5
2010	US VILA IAPI	21	21
	US VILA IAPI	21	21
	US SARANDI	12	12
	US ASSIS BRASIL		
	US VILA IPIRANGA	11	11
	US CONCEIÇÃO	10	10
	US RAMOS	10	10
	US SANTA ROSA	10	10
	US JARDIM ITU	9	9
	US VILA IAPI	21	21

Não houve diferença significativa após os testes para associação da idade do paciente e tempo de internação. Os pacientes foram divididos em dois grupos (≤ 79 e >79 anos de idade) e os resultados confrontados com o tempo de internação de cada grupo, em 2009 e 2010. Isso significa que o tempo de internação dos pacientes com mais de 79 anos não difere significativamente dos pacientes com ≤ 79 anos ($p=0,328$).

DISCUSSÃO

As pesquisas que avaliam a assistência domiciliar num contexto de saúde pública, sempre convergem num mesmo ponto: os resultados permitem afirmar a importância do serviço de Internação Domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado (5).

O perfil dos idosos internados pelo PAD acompanha algumas tendências do envelhecimento que são vistos em todo o mundo. As mulheres são prevalência nas internações pelo PAD tanto no ano de 2009 quanto no ano de 2010, acompanhando resultados de diversas pesquisas epidemiológicas na grande área da Gerontologia, onde o sexo feminino permanece em maioria.

Atualmente, na Inglaterra, dois terços dos 10 milhões de idosos são do sexo feminino, e, no grupo etário acima de 85 anos, para cada homem há cinco mulheres vivas (6).

Em se tratando das unidades que mais solicitaram internação domiciliar de idosos, tanto no ano de 2009 quanto no ano de 2010, encontramos a Medicina Interna, Emergência, Cardiologia, Neurologia e Cirurgia Vascular. Esse comportamento se deve, provavelmente, em virtude do grau de complexidade que os pacientes que internam nessas áreas apresentam. Além disso, representam serviços que identificaram um maior número de pacientes elegíveis para a internação domiciliar, além do incentivo de suas coordenações para a alta precoce.

As unidades básicas de saúde que mais trouxeram idosos às unidades de internação do GHC e, posteriormente, internação domiciliar, foram as unidades básicas do IAPI e Sarandi, figurando entre as três principais unidades tanto no ano de 2009 quanto no ano de 2010.

Todas as UBS da zona Norte da cidade de Porto Alegre são consideradas próximas do Hospital Nossa Senhora da

Conceição. No caso das três UBS que mais apareceram nos resultados, podemos apresentar algumas características em comum que elas compartilham, como a proximidade com o hospital (de 3,8 a 5,9 km) e o fato de se tratar de bairros populosos. Existem evidências de melhores desfechos de saúde em associação com maior presença e extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde (16). Outros trabalhos na literatura demonstraram melhores escores para Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando comparados com as UBS (17,18). Estas UBS provavelmente possuem um baixo escore para atributos da Atenção Primária à Saúde (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado). Esta é uma percepção relatada por todas as equipes do PAD que visitam estas unidades com maior frequência. Porém, foge do objetivo deste trabalho uma avaliação pormenorizada da APS. Além disso, no caso da UBS IAPI, existe a peculiaridade de ser uma área com grande concentração de idosos.

Em relação à redução dos encaminhamentos dos pacientes ao atendimento domiciliar, as justificativas são baseadas na redução da equipe assistencial, que por sua vez, reflete na redução e captação de pacientes para a internação domiciliar. Também em 2010, reduziu-se a frequência dos encontros/reuniões entre o PAD e as unidades de internação. Esta era uma estratégia de sensibilização das unidades de internação para aumentar a demanda de pacientes para o PAD.

Quando analisamos a idade dos pacientes, no ano de 2009, não há uma concentração significativa em uma determinada faixa etária. Nota-se uma tendência a diminuição do número de internações conforme o avanço da idade. No ano de 2010, o processo é semelhante e também não se observa uma grande concentração em uma determinada faixa etária, porém, há redução de internações com o avanço da idade.

Comparando o número de visitas domiciliares realizadas aos idosos pela equipe do PAD, nos anos de 2009 e 2010, houve crescimento de um ano para o outro. No entanto, a média de dias de internação de um paciente idoso pelo PAD diminuiu neste mesmo período. Isso pode ser o resultado de uma maior eficiência das técnicas empregadas pela equipe do PAD, melhora da assistência ao idoso, o que torna o tratamento domiciliar mais qualificado em um menor tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos pacientes que utilizam o serviço de internação domiciliar pelo SUS são, na maioria, pacientes idosos, que permanecem em média de 25 a 30 dias em internação domiciliar. São encaminhados prioritariamente pelos serviços de Medicina Interna e Emergência e as unidades básicas que atendem esses idosos são aquelas mais próximas fisicamente.

Percebe-se uma tendência à diminuição do número de internações conforme o avanço da idade, porém seriam necessários estudos mais contundentes para demonstração significativa desse dado.

Partindo-se da premissa que o envelhecimento da população não é mais novidade, carecemos de iniciativas que tratem de soluções que possam trazer alternativas para o enfrentamento do desafio que é manejar de forma saudável a população de idosos. Proporcionar um atendimento humanizado, personalizado e a domicílio, quando possível, parece ser uma saída perspicaz para a desospitalização e o cuidado ao idoso.

Novos estudos na área da atenção domiciliar devem ser desenvolvidos para abordar outra nuance do mesmo tema, como demanda e custos de internação domiciliar e formação dos profissionais para atender as necessidades nessa modalidade de cuidado, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(3):705-15.
2. Gonzalez-Gonzalez C et al. Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants. *BMC Public Health*. 2011;11(1):192.
3. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:666-71.
4. Siqueira AB et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):687-94.
5. Silva KL et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7.
6. Manual Merck of Geriatrics. [Accessed March 30, 2011]. <http://>

- www.merck.com/mrkshared/mmg/home.jsp.
7. PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. [Accessed June 11, 2011]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=14331
 8. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPI. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(2).
 9. Oliveira DLLC. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005;13(3):423-31.
 10. Martins M. Terapia Ocupacional Geronto-Geriátrica: essencial na reabilitação do idoso. Fundação Educacional de Fernandópolis, 2007. Disponível em: <http://www.fef.br/noticias/ver.php?ArtID=330>
 11. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. D.O. de 30/01/2006
 12. Brasil. Portaria nº 1892, 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a internação domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 22 dez 1997.
 13. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. Assistência domiciliar – conformando o modelo. *Rev Latino-americana Enfermagem*. 2005;13(6):1001-10
 14. Fortes PAC. Equity in the health system according to brazilian bioethicists. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2010 ; 56(1): 47-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100015&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302010000100015.
 15. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.
 16. Starfield B, Xu J, Shi, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*. United States., 2001;50(2):161-75.
 17. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
 18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006;11(3):669-81.

Recebido: 31/07/2012

Aceito: 30/09/2012