

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL

LENY NUNES DE BARROS

**ATENÇÃO DOMICILIAR DA REGIONAL DE SAÚDE DE  
SOBRADINHO/DF: PERFIL CLÍNICO-  
EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES, ANÁLISE DE  
SOBREVIVÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM  
DOENÇAS INFECCIOSAS E ÓBITO, NO PERÍODO DE  
2003 A 2010**

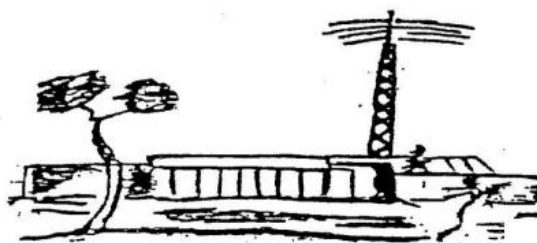
BRASÍLIA  
2012

**ATENÇÃO DOMICILIAR DA REGIONAL DE SAÚDE  
DE SOBRADINHO/DF: PERFIL CLÍNICO-  
EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES, ANÁLISE DE  
SOBREVIVÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM  
DOENÇAS INFECCIOSAS E ÓBITO, NO PERÍODO  
DE 2003 A 2010**

LENY NUNES DE BARROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília para a obtenção do título de mestre em Medicina Tropical, na área de concentração: Epidemiologia e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Regina  
Fernandes de Oliveira



Brasília

2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 998680.

B277a	<p>Barros, Leny Nunes de.</p> <p>Atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho/DF : perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010 / Leny Nunes de Barros. -- 2012. 131 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, 2012. Inclui bibliografia. Orientação: Maria Regina Fernandes de Oliveira.</p> <p>1. Serviços de assistência domiciliar. 2. Idosos - Cuidados médicos. 3. Doenças transmissíveis. 4. Epidemiologia. I. Oliveira, Maria Regina Fernandes de. II. Título.</p> <p>CDU 616-053.9</p>
-------	--

## **COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

Leny Nunes de Barros

### **ATENÇÃO DOMICILIAR DA REGIONAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO/DF: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES, ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM DOENÇAS INFECCIOSAS E ÓBITO, NO PERÍODO DE 2003 A 2010**

#### **UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Medicina Tropical: Epidemiologia e Controle de Doenças infecciosas e  
Parasitárias

#### **DATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO**

08 de março de 2012

#### **BANCA EXAMINADORA**

Dr<sup>a</sup> Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem (Doutora)  
Centro Universitário Euro-Americano-Unieuro

Dr. Mauro Niskier Sanchez (Doutor)  
Universidade de Brasília

Dr. Pedro Luiz Tauil (Doutor) - Suplente  
Universidade de Brasília

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente á Deus, Senhor onisciente, pela oportunidade a mim confiada, a Jesus Cristo, autor e consumidor da minha fé, por me ensinar que tudo é possível ao que crê e ao Espírito Santo de Deus, meu consolador, pela presença contínua no dia-a-dia.

Á minha mãe, idosa, portadora da Doença de Alzheimer, a quem devo tudo o que sou. Minha dedicação para que esta modalidade de atenção à saúde melhore sua qualidade de vida e a de muitos outros. A toda minha família, em especial, ao meu irmão Élio Barros.

Ao meu amor, pelo apoio incondicional. Gostaria de parafrasear um versículo do livro de Cantares e te dizer que: "... as muitas águas não podem apagar nosso amor, nem os rios afogá-lo."

Á Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Regina, minha orientadora, que me introduziu no mundo da pesquisa, compartilhando seus conhecimentos e conduzindo-me nesta jornada de forma tranquila e amiga. Pelo gratificante convívio, minha sincera gratidão pelo prazer demonstrado na arte de ensinar.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Pedro Tauil, por suas ricas contribuições e sugestões feitas durante a qualificação deste trabalho.

Aos professores do Mestrado que me ajudaram a crescer no meio científico, ampliando minha visão crítica e o meu conhecimento.

Á Dra Maria Leopoldina, pelo apoio e incentivo contínuo à pesquisa e produção científica. A Dra Ednamara Filomena e Dr. Walter Gaia por terem creditado em mim a vossa confiança.

Á Coordenação de Enfermagem da FACIPLAC, pela parceria na busca do conhecimento e do aprimoramento técnico científico.

Á Edite Damásio pela gentileza e suporte técnico na formatação deste trabalho.

Á todos os amigos e colegas de trabalho, por terem acreditado na minha capacidade e pela compreensão das inúmeras ausências dos momentos que eu não pude compartilhar.

***Competência para servir à humanidade deveria ser, sem dúvida, o grande objetivo e resultado de todos os estudos.***

**Benjamim Franklin.**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Distribuição das internações no SUS provocadas por doenças respiratórias segundo causas do capítulo X da CID-10 para pacientes com mais de 60 anos. Brasil, 2010

**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes segundo ano de admissão na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 3** - Distribuição dos diagnósticos de entrada dos pacientes segundo sistema fisiológico afetado. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 4** - Distribuição dos diagnósticos de neoplasia segundo órgão afetado e sexo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 5** - Distribuição de pacientes na faixa etária até 15 anos, segundo diagnósticos de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 6** - Distribuição de pacientes na faixa etária de 60 anos e mais, segundo diagnóstico de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 7** - Distribuição dos pacientes com idades acima de 80 anos, segundo diagnóstico de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 8** - Distribuição dos diagnósticos de doenças infecciosas, segundo o tipo de infecção. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 9** - Distribuição dos pacientes na atenção domiciliar por características ambientais e de domicílio em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 10** - Probabilidade de sobrevivência dos pacientes na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 11** - Resultados da análise bivariada para o desfecho de doenças infecciosas, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 12** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho de pneumonia, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 13** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de pneumonia, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 14** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho de ferida infectada, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 15** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de ferida infectada, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 16** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho infecção do trato urinário, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 17** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de infecção do trato urinário, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 18** - Resultado da análise estratificada de risco para o desfecho de infecção do trato urinário, segundo sexo estratificado pelo tipo de acomodação. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 19** - Modelo final da análise multivariada de infecção para o desfecho de trato urinário, incluindo a interação entre acomodação e sexo, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 20** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho do óbito, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 21** - Resultado final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho óbito, segundo características do indivíduo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 22** - Resultado da análise estratificada de risco para o desfecho do óbito, segundo sexo estratificado pelo grau de dependência. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Tabela 23** - Modelo final da análise multivariada para o desfecho do óbito, incluindo a interação entre grau de dependência e sexo, segundo características do indivíduo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Distribuição dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar segundo ano de implantação. Distrito Federal-DF, 1994 a 2010

**Figura 2** - Participação percentual da população com mais de 60 anos no total de habitantes. Brasil, 1992-2009

**Figura 3** - Participação percentual da população com mais de 60 anos no total de habitantes, por estados. Brasil, 2009

**Figura 4** - Diagnóstico agrupado por sistema fisiológico afetado segundo as doenças que compõe cada grupo na atenção domiciliar em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 5** - Distribuição dos pacientes segundo tempo mediano de permanência na atenção domiciliar por sexo e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 6** - Pacientes na atenção domiciliar, segundo *status* no programa e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 7** - Distribuição dos pacientes admitidos na atenção domiciliar por sexo e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 8** - Distribuição de óbitos na atenção domiciliar segundo diagnóstico de admissão. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 9** - Distribuição de pacientes na atenção domiciliar na faixa etária até 15 anos segundo *status* no programa

**Figura 10** - Distribuição de pacientes com idades acima de 80 anos na atenção domiciliar segundo *status* no programa em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 11** - Distribuição percentual dos pacientes com doença infecciosa segundo faixa etária em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 12** - Distribuição de casos de doença infecciosa por faixa etária e tipo de infecção em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 13** - Distribuição de pacientes na atenção domiciliar por grau de dependência funcional. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 14** - Distribuição de pacientes com alto grau de dependência (AVD 3 a 5) na atenção domiciliar, por sexo e faixa etária em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 15** - Distribuição de pacientes segundo o *status* e grau de incapacidade funcional na atenção domiciliar em Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 16** - Curva de sobrevivência estimada pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar, por tempo de permanência no programa. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 17** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 18** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo sexo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 19** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo grau de dependência para as atividades de vida diária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 20** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar por presença de animais em domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

**Figura 21** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar por tipo de acomodação no domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANA	<i>American Nurse Association</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APIC	<i>Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology</i>
AVD	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
COIND	Coordenação de Internação Domiciliar
DI	Doenças Infecciosas
DF	Distrito Federal
DODF	Diário oficial do Distrito Federal
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
<i>et. al</i>	Et alter (e outro)
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FI	Ferida infectada
GAR	<i>Global Alert and Response</i>
GEAD	Gerência de Atenção Domiciliar
hab	Habitantes
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança a 95%
ITU	Infecção do Trato Urinário
Km	Quilômetro
Km <sup>2</sup>	Quilômetros quadrados
NAMID	Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

NRAD/RSS	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	<i>Odds Ratio</i> , ou Razão de chances
p	Valor p
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAV	Pneumonia associada a ventilação mecânica
PE	Pernambuco
PN	Pneumonia
PR	Paraná
RA	Região Administrativa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSS	Regional de Saúde de Sobradinho
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMED	Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SES-DF	Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
SIM/MS	Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UN	<i>United Nations</i>
VNA	<i>Visiting Nurses Association</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 Revisão da literatura .....	20
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>46</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>48</b>
3.1 Geral .....	48
3.2 Específicos .....	48
<b>4. MÉTODOS</b> .....	<b>49</b>
4.1 Tipo de estudo e fontes de dados .....	49
4.2 População em estudo .....	49
4.3 Local do estudo .....	49
4.4 Análise dos dados .....	49
4.5 Aspectos éticos .....	53
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>54</b>
5.1 Descrição do programa e do tipo cuidador .....	54
5.2 População de estudo e <i>status</i> dos pacientes do programa .....	55
5.3 Caracterização demográfica dos pacientes .....	57
5.4 Perfil clínico dos pacientes .....	58
5.5 Características do domicílio e dos serviços de controle ambiental .....	71
5.6 Análise de sobrevivência .....	72
5.7 Fatores associados a doenças infecciosas .....	79
5.8 Fatores associados ao óbito .....	92
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>95</b>
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>125</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>129</b>

## RESUMO

O Programa de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho do Distrito Federal foi criado em 1994 e atende a uma população adstrita da Região Administrativa V. A clientela é composta por pacientes com diagnóstico firmado e portadores de doenças crônicas. O estudo teve o objetivo de caracterizar clínico-epidemiologicamente os pacientes atendidos pelo Programa e estimar a probabilidade de sobrevivência acumulada e a frequência de doenças infecciosas e de óbito e fatores associados, no período de junho de 2003 a junho de 2010. Foi realizado um estudo epidemiológico com três componentes - estudo descritivo do tipo coorte clínica; análise de sobrevivência tendo como desfecho o óbito; e estudo analítico transversal de fatores associados a dois desfechos - doenças infecciosas e óbito. As fontes dos dados foram os prontuários médicos dos pacientes e os registros estatísticos do Programa; os pacientes admitidos no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de 01 de junho de 2003 a 30 de junho de 2010 foram a população de estudo. Foram coletadas e estimadas as frequências das variáveis - sexo, idade, diagnóstico, tipo de cuidador, grau de incapacidade funcional para as atividades de vida diária, tempo de acompanhamento, escolaridade, *status* no programa, tratamento de água, destino do lixo e esgoto, presença de animais domésticos no domicílio e tipo de acomodação do paciente. Também foi estimada a frequência de infecção do trato urinário, pneumonia e ferida infectada. Para a análise de sobrevivência foram utilizados os métodos de tábua de vida e o de Kaplan-Meier. Foi realizada análise bivariada para os seguintes desfechos - doença infecciosa, pneumonia, ferida infectada, infecção do trato urinário e óbito; e análise multivariada, por meio de regressão logística binária. A medida de associação foi a *Odds Ratio* e foram construídos intervalos de confiança a 95%. Os dados foram analisados pelo SPSS® 17.0. Na casuística, 77% eram idosos, sendo a mediana das idades 74 anos, e 57% do sexo feminino. Os Acidentes Vasculares Encefálicos e as neoplasias representaram quase a metade dos diagnósticos (47,48%) de entrada e 44% dos pacientes

evoluíram a óbito. As doenças infecciosas secundárias mais frequentes foram - infecções do trato urinário (50,25%), pneumonias (24,37%) e feridas infectadas (14,97%). A probabilidade de sobrevivência foi de 38,68% aos cinco anos de acompanhamento e o tempo mediano de sobrevivência foi de 35 meses. No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associadas e estatisticamente significativas para o desfecho de pneumonia - idades acima de 80 anos, acomodação em quarto coletivo e sexo feminino, como fator protetor; para o desfecho de ferida infectada - a presença de animais em domicílio e maior grau de dependência, como fator protetor; para o desfecho de infecção do trato urinário - idades acima de 81 anos, sexo feminino, acomodação em quarto coletivo e presença de animais em domicílio; e para o óbito - idades acima de 30 anos e maior grau de dependência. Trata-se do primeiro estudo da casuística do Programa, que trará informações relevantes para o planejamento, além de abrir campo para futuras análises.

Palavras-chaves - Serviços de Assistência Domiciliar, Análise de Sobrevida, Doenças Transmissíveis, Serviços de Saúde para Idosos.

## **ABSTRACT**

The Home Care Program was created in 1994 by the Sobradinho Regional Health Division and it serves the population of the Administrative Region V of Distrito Federal, Brazil. The group assisted by this program consists of patients with confirmed diagnosis and chronic diseases. The objective of this study was to characterize patients served by the Program to clinical and epidemiological level as well as to estimate cumulative survival probability, the frequency of infectious diseases, death and associated factors in the period from June 2003 to June 2010. An epidemiological study was carried out with three components - a descriptive study of the clinical cohort, survival analysis seeing death as the outcome and an analytical cross-sectional study of factors associated with two outcomes - infectious diseases and death. Medical records of patients and statistical records of the Program were used as data sources in this paper. The target population consisted of patients admitted to the Regional Center for Home Care from June 1, 2003 to June 30, 2010. The frequency of the following variables were collected and estimated - gender, age, diagnosis, type of carer, degree for daily activities, follow-up time, education, status in the program, water treatment, destination of the waste (garbage and sewage), presence of pets at home and type of accommodation of the patient. It was also estimated the frequency of urinary tract infection, pneumonia and infected wound. Two methods were used for survival analysis - life table and Kaplan-Meier. Bivariate analysis was performed for the following outcomes - infectious disease, pneumonia, infected wound, urinary tract infection and death; and multivariate analysis was determined through binary logistic regression. The measure of association determined was Odds Ratio (OR) and 95% confidence intervals were built. Data were analyzed by SPSS® 17.0 system. In this study 77% were elderly, being the average age of 74 years old and 57% of the group consisted of females. Cerebral Vascular Accidents and Cancer represented almost half of the diagnoses (47.48%) and 44% of patients evolved to death.



Most frequent secondary infectious diseases were - urinary tract infections (50.25%), pneumonia (24.37%) and infected wounds (14.97%). The probability of survival was 38.68% at the first five years of monitoring and the average survival time was 35 months. In the final model of multivariate analysis the following remained associated and statistically significant for the pneumonia outcome - patients over 80 years old, accommodation in dormitory and females, as protective factor; for the infectious wound outcome - presence of pets at home and greater degree of dependence, as protective factor; for urinary tract infection outcome - patients over 81 years old, females, accommodation in dormitory and presence of pets; and for death outcomes - patients over 30 years old and greater degree of dependence. This is the first case study of the Program which aims at providing relevant information to planning and open discussion for future analysis.

Keywords - Home Care Services, Survival Analysis, Communicable Diseases, Health Services for the Aged.

## 1. INTRODUÇÃO

Conceituar “Atenção Domiciliar” exige que se conheça o termo original em inglês *Home Care* e a sua tradução para a língua portuguesa. *Home Health Care* seria a expressão em inglês mais precisa, mas é pouco encontrada na literatura em língua inglesa; a abreviação *Home Care* está consagrada na maioria dos textos pesquisados, com tradução literal para o português de “cuidado em domicílio” (Mendes, 2001).

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, um dos significados do termo “cuidar” é - “[...] tratar (da saúde, do bem-estar, etc.) de (pessoa ou animal) ou (da aparência, conservação, etc.) de alguma coisa; tomar conta.” (Houaiss & Villar, 2001). A palavra “cuidado”, no Brasil, é utilizada para descrever a atenção de uma pessoa para com outra, seja de familiares, vizinhos ou profissionais de saúde, e, de modo menos usual, pode ser utilizada para descrever uma intervenção médica; neste contexto, a expressão “Atenção Domiciliar” parece mais próxima do conjunto de ações desenvolvidas pelas instituições que promovem cuidados à saúde nos domicílios. A Atenção Domiciliar engloba ações que vão desde a promoção da saúde, passando pelos níveis de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação até os cuidados paliativos (Lacerda, 2006). As ações de saúde são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, específica para esta finalidade, visando à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde; portanto, são atividades que envolvem não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o paciente e sua família (Duarte & Diogo, 2000).

A Atenção Domiciliar compreende duas modalidades de atendimento - assistência domiciliar e internação domiciliar. Essas duas modalidades não são mutuamente exclusivas, podendo complementar-se. Inclui “a visita domiciliar, a consulta de profissional de nível superior no domicílio, a identificação do cuidador, o planejamento, a realização de procedimentos e o acompanhamento sistemático à família como atividades principais”

(Rehem & Trad, 2005). A assistência domiciliar (ou atendimento), segundo a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), é um "conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio" (Brasil, 2006). A internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados de saúde mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar (Ribeiro, 2004). O Distrito Federal também adotou a classificação de assistência e internação domiciliar como modalidades específicas da atenção domiciliar.

De acordo com o projeto de implantação do programa, a assistência e a internação domiciliar viabilizam cuidados domiciliares de saúde, que compreendem atos e relações que acontecem no domicílio, envolvendo paciente, familiares e equipe de saúde, com a finalidade de promover a inclusão, a melhoria da qualidade de vida, a preservação ou a recuperação da saúde do paciente por meio da disponibilização direta ou referenciada dos recursos materiais e humanos necessários à sua condição de saúde. A assistência domiciliar ocorre no âmbito da Atenção Primária, desenvolvida por profissionais desse nível de atenção – equipes de Saúde da Família e de Centros de Saúde – utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e de baixa densidade tecnológica (equipamentos), pautada na integralidade das ações e adaptada às especificidades regionais.

A internação domiciliar é realizada por uma equipe multiprofissional, específica para esse fim, e presta assistência a pessoas com quadros clínicos mais graves, porém estáveis, que exijam cuidados mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada, que superam aqueles que possam ser oferecidos pela Atenção Primária. Devem ser mantidas as mesmas características da assistência hospitalar, com disponibilidade de equipamentos, medicamentos e acompanhamento necessários ao seu cuidado e haver retaguarda de uma unidade hospitalar e do serviço de atendimento pré-hospitalar – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – para garantir o atendimento das intercorrências fora do período de

funcionamento dos núcleos regionais e as emergências clínicas. Esta modalidade de atendimento não substitui a internação hospitalar.

A justificativa genérica para a existência do programa baseia-se na crise do sistema hospitalar e assistencial, que tem atenção voltada para a resolução de problemas agudos e assistência centrada na demanda; na necessidade de otimização dos recursos da saúde, que são escassos, sobretudo porque há um aumento da demanda por leitos hospitalares sem a perspectiva real de haver este incremento, além da necessidade de se diminuir custos; na mudança do perfil epidemiológico da população, com envelhecimento populacional e aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis, suas seqüelas e incapacidade funcional e na necessidade de fortalecimento dos princípios legais e fundamentais do Sistema Único de Saúde (Lacerda *et al.*, 2006). Por outro lado, o domicílio do paciente oferece melhora na qualidade de vida, diminuição do estresse inerente ao ambiente hospitalar, menor risco de infecção, diminuição da frequência de reinternações hospitalares e cuidado mais humanizado e qualificado para pacientes portadores de doença crônica e com alto grau de dependência funcional. (Silva *et al.*, 2005).

## **1.1 Revisão da literatura**

### **1.1.1 A história da atenção domiciliar**

Nos dias atuais, em virtude de injunções políticas e acadêmicas, o interesse por textos, documentos e relatos históricos das primeiras práticas de saúde tem crescido muito. Não existem muitos registros formais sobre o surgimento da Atenção Domiciliar no mundo e a maioria dos relatos trata o assunto de forma pouco detalhada, sem aprofundamento dos acontecimentos ligados a esta prática.

Se a doença acompanha o ser humano desde os seus primórdios, a necessidade do cuidado ao doente seguiu a mesma trajetória. Alguns historiadores apontam que a modalidade de Atenção Domiciliar começou na antiguidade com as primeiras definições sobre o cuidar. As mais antigas

referências em Medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico egípcio chamado Imhotep. Ele foi adorado como deus e médico no período aproximado de 2650 a.C. a 525 a.C., e como uma deidade de 525 a.C a 550 d.C. Imhotep viveu durante a Terceira Dinastia, na corte do faraó Zoser (ou Djoser), desempenhando as funções de Doutor da lei, ministro-chefe, sacerdote, arquiteto, filósofo, poeta, astrônomo e mago, uma vez que neste período a medicina e a magia eram praticadas em conjunto. Foi o primeiro arquiteto a ter o nome reconhecido por meio de documentos históricos escritos e foi um dos poucos mortais a ter sua figura esculpida como parte de uma estátua de um faraó. Na terceira dinastia do Egito Antigo, além de começar a atender o paciente em local próprio, um misto de consultório e hospital, ele realizava visitas domiciliares e era também responsável pelo atendimento da família do faraó Zoser nas dependências do palácio (Amaral *et al.*, 2001).

Esse sistema prático e eficaz de assistência à saúde foi um marco deixado pelos antigos egípcios. No período, a religião desempenhou um papel importante, evidenciado pela riqueza e número de templos. O governo tinha evoluído para um sistema teocrático, no qual o faraó era considerado um deus na terra, razão pela qual gozava de poder absoluto e ele e toda sua família, quando adoeciam, recebiam a melhor forma de tratamento (Amaral *et al.*, 2001).

O lendário médico Asklépios, na Grécia antiga, atendia também os pacientes em locais destinados a este fim, praticando curas tão maravilhosas que, segundo a mitologia grega, foi levado a viver com os deuses por pretender tornar os homens imortais. Posteriormente, ainda na Grécia Antiga, surgiram os asclepiades (sacerdotes de Asklépios). Foram assim chamados por serem membros de famílias que, já há várias gerações, trabalhavam na área da saúde. Asklépios atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde estavam disponíveis os medicamentos e materiais especiais para a cura, podendo esses locais serem considerados a primitiva estrutura do que seria mais tarde denominado hospital. Havia diversos centros do culto de Asclépio ou

Asclepíades, estando os mais importantes em Orcómeno da Beócia, em Trica, na Tessália, na ilha de Cós e no Epidauro, na Argólida, e, na época helenística, em Pérgamo, na Ásia Menor. Instalados em lugares saudáveis, junto de fontes e rodeados de bosques, estes santuários eram, simultaneamente, hospitais. Sacerdotes, que transmitiam de pais para filhos ou de mestres para discípulos as tradições médicas constantemente aperfeiçoadas pela experiência, davam consultas na forma de oráculos. Entretanto, esses caracteres religiosos ou divinamente místicos em que a inspiração do deus tinha um lugar preponderante, foram dando lugar a uma medicina mais racional, que triunfou na família dos Asclepíadas de Cós, com Hipócrates (Amaral *et al.*, 2001).

Hipócrates (460-380 a.C) é considerado uma das figuras mais importantes da história da saúde e, frequentemente, chamado o "pai da medicina". Ele era um asclepíade e, por se deslocar constantemente, dentro de sua própria cidade, ou de cidade em cidade, dispensando seus cuidados profissionais, ou ensinando sua arte, foi denominado Médico periodêuta na Grécia antiga. Ele foi o primeiro a propor uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, por meio da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. No século V a.C, Hipócrates descreveu um tratado sobre os ares, as águas e os lugares; foi uma referência sobre o atendimento domiciliar e da importância que tal prática já desempenhava no bom êxito do atendimento médico aos pacientes (Cairus & Ribeiro, 2005).

Outra grande contribuição deixada por Hipócrates não só permeia a modalidade de Atenção Domiciliar, mas todo o exercício legal dos profissionais da área da saúde - o sigilo profissional. O que é importante salientar, é que este preceito parece ter nascido da prática das visitas domiciliares vivenciadas por Hipócrates na Grécia antiga, dando origem ao sigilo médico, que é uma das mais acentuadas e tradicionais características da profissão médica.

No século XVII, o padre francês São Vicente de Paula (1576-1660) fundou a Ordem das Irmãs de Caridade em Paris e foi o responsável por

instituir várias casas, semelhantes a hospitais, para órfãos, pobres, doentes e pacientes terminais, afastando inicialmente a prática dos cuidados domiciliares. Os religiosos ou leigos cuidavam dos pobres no hospital até o momento da morte fazendo, assim, uma obra de caridade que visava conseguir a salvação eterna por meios divinos. A assistência médica era exercida nos domicílios e reservada às classes dominantes do período. O médico mantinha uma relação próxima com o paciente e seus familiares e travava uma luta constante entre a doença e os escassos recursos tecnológicos existentes naquela época. Este movimento iniciado por São Vicente de Paula foi importante porque deu origem à formação de novas ordens de caridade, como por exemplo, a da Congregação da Visitação, fundada pelo padre São Francisco de Sales (1567-1622). Nessa instituição religiosa, São Francisco de Sales criou a Ordem da Virgem Maria, uma congregação feminina destinada a visitar, diariamente, as casas de doentes desenvolvendo atividades como alimentação, higiene e auxílio na vestimenta. Também deste movimento surgiu o *St. Josephs's Convent*, em Londres, onde irmãs de caridade reiniciaram as visitas domiciliares aos enfermos (ANCP, 2009).

No final do século XVIII, o fundador da homeopatia, Samuel Hannemann (1755-1843), passou a visitar os pacientes em casa “por acreditar que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independente do local onde se travava essa luta”. Ele permanecia no domicílio, junto aos leitos de seus doentes, a maior parte do tempo possível e, por meio da observação do ambiente em que o mesmo se encontrava, de suas relações pessoais e afetivas, conseguia melhorar a qualidade de vida e receitar tratamento específico a cada caso (Amaral *et al.*, 2001).

Os cuidados de saúde em domicílio (*Home Care*) tiveram seu início nos Estados Unidos da América (EUA), em um momento da história em que o enfermo tinha o lar como seu ambiente de tratamento. Segundo Leme (2005), o *Home Care* organizado foi praticado pela primeira vez em 1796, na região de Boston, pela *Boston Dispensary*, nos EUA. Essa organização de

*Home Care* prestava serviços aos pobres e enfermos, dando-lhes a dignidade de serem tratados em seus lares ao invés de hospitalizá-los. Naquela época, os hospitais ainda eram considerados como casas infestadas pela peste, onde os cidadãos pobres e enfermos eram enviados para morrer.

Outra iniciativa surgiu na Filadélfia, em 1832, onde foi fundada uma instituição para preparar "mulheres piedosas e prudentes" como "enfermeiras" para atender "mulheres indigentes" em suas casas. Tais iniciativas associadas a outras do mesmo estilo culminaram com o estabelecimento da primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (*Visiting Nurses Association* - VNA), em 1885. Em 1877, foi fundada a *The New York City Mission*, considerada a precursora do moderno sistema de *home care* americano. Em 1890 já existiam 21 VNA espalhadas pelos EUA, que se dedicavam basicamente ao grupo materno-infantil e às pessoas com tuberculose. Em 1912 já eram três mil as enfermeiras visitadoras que, se unindo, requereram à *American Nurse Association* (ANA) e à *National League for Nursing*, o estabelecimento de padrões para a assistência de Enfermagem em Saúde Pública, incluído o atendimento domiciliário (Leme, 2005).

Rice (2001) afirma que, por volta de 1930, os serviços de *Home Care* começaram a declinar nos EUA. A taxa de mortalidade urbana começou a diminuir drasticamente e as doenças infecciosas foram substituídas por doenças não transmissíveis, como as principais causas de mortalidade. O tratamento hospitalar passou a dominar o sistema norte-americano de saúde. Enfermeiras particulares acompanhavam seus pacientes no ambiente hospitalar. Embora ainda existisse a opção do *Home Care*, progressivamente, seus serviços tornaram-se aquém do tratamento hospitalar, que veio a dominar o sistema de saúde norte-americano da época.

O ano de 1964 marca o renascimento dos serviços de *Home Care* nos EUA, movido pelo questionamento sobre onde os pacientes deveriam



receber seus cuidados médicos, considerando que o tratamento hospitalar havia se tornado muito caro para os planos de saúde (Leme, 2005).

No início dos anos de 1980, nos Estados Unidos, o *Home Care* começou a ser visto pelos gestores de planos de saúde como uma opção para a redução de custos e uma alternativa à internação hospitalar (Duarte & Diogo, 2000). Experiências como estas multiplicaram-se na América do Norte e Europa. Segundo dados da *National Association for Home Care*, citados por Rehem e Trad (2005), em 1999, aproximadamente oito milhões de americanos por ano requeriam este tipo de serviço, que era administrado por cerca de 20. 215 organizações (Rehem & Trad, 2005). Projeções indicavam que as necessidades de cuidados domiciliares, bem como dos serviços por eles requeridos, deveriam triplicar na década seguinte. As mudanças radicais ocorridas nos sistemas de pagamento e reembolso dos serviços de saúde norte-americano até hoje influenciam a maneira como os profissionais de saúde prestam cuidados em domicílio. A assistência deve estar direcionada e focada nas necessidades de saúde dos pacientes, de modo que eles e seus familiares possam assumir os próprios cuidados no menor tempo possível (Duarte & Diogo, 2000).

Cada modalidade de atenção à saúde acompanha as particularidades epidemiológicas, socioeconômicas, culturais e políticas de cada país e com o serviço brasileiro de atendimento domiciliar não foi diferente. Alguns estudos descrevem que as primeiras atividades de atenção domiciliar no Brasil surgiram no ano de 1919, com a criação do serviço de Enfermeiras visitantes no Rio de Janeiro, mas de acordo com Mendes Júnior (2000), a primeira experiência de cuidado domiciliar no Brasil surgiu, provavelmente, em 1949, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), originalmente ligado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. O programa foi criado, provavelmente, no intuito de resolver os problemas da força de trabalho, pois quem prestava assistência à saúde aos trabalhadores, nessa época, eram os Institutos de Assistência e Pensões. Outra experiência que merece destaque é a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960, que desenvolvia, entre

outras atividades: “oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; abordagem integral da família; visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco; e vigilância sanitária” (Rehen & Trad, 2005).

Como atividade sistematizada, a atenção domiciliar iniciou-se no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1968, tendo como principal objetivo a redução do número de leitos hospitalares ocupados. Para alcance deste objetivo foi implantado um tipo de atendimento domiciliar restrito a cuidados de baixa complexidade clínica (Tavolari et al., 2000).

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), outra contribuição importante para o fortalecimento da modalidade de atenção domiciliar. O objetivo do PACS é contribuir para a reorganização dos serviços de saúde, favorecer a interdisciplinaridade entre os diversos profissionais e, por meio de visitas domiciliares, manter vínculo efetivo entre a comunidade e as unidades de saúde, evitando que o paciente procure atendimento hospitalar desnecessariamente. O agente comunitário de saúde (ACS) é um servidor da própria comunidade, preparado para orientar as famílias no cuidado de sua saúde e da saúde da comunidade e tem como principais atribuições - identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade (Rosa & Labate, 2005).

Outra experiência importante surge na década de 1990, apoiada pelo Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não responde mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF

se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como foco de atenção e não somente o indivíduo doente, incorporando um novo ponto de vista no processo de intervenção em saúde com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência (Rosa & Labate, 2005).

O desenvolvimento do atendimento domiciliar na área privada no Brasil, chamado de *Home Care*, ocorreu inicialmente sem o suporte de um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento da modalidade de maneira uniforme e efetiva. Para se ter uma idéia, o número de empresas saltou de cinco em 1994, para mais de 180 em apenas cinco anos. A própria definição desse tipo de serviço sofreu várias interpretações e a sua natureza básica foi, muitas vezes, mal representada, pois a utilizavam como sinônimo de - internamento domiciliar de saúde, atendimento domiciliar de saúde, assistência domiciliar de saúde e outros nomes que podiam causar confusão entre os usuários desta modalidade, por não terem certeza de qual terminologia que realmente descreviam os serviços que estavam usufruindo ou contratando (Tavolari et al., 2000).

Por considerar que os serviços de saúde que oferecem essa modalidade de atendimento são responsáveis pela gerência da estrutura, dos processos e dos resultados, e que devem atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, em 26 de janeiro de 2006, que forneceu novas diretrizes para a prática da modalidade no Brasil (Brasil, 2006).

### **1.1.2 Evolução histórica da atenção domiciliar no Distrito Federal**

Por volta da década de 1980, as discussões acerca do atendimento aos pacientes idosos portadores de doença crônica não transmissível, no sistema de saúde do Distrito Federal, passaram a ser intensificadas, uma vez que essa situação onerava mais os serviços hospitalares, não só pela

complexidade da assistência, mas também pela elevada média de permanência hospitalar e pelo risco de infecções hospitalares (Mendes, 1985).

O perfil de morbidade encontrado nas unidades de internação levou à discussão de alternativas que reduzissem o tempo de internação hospitalar, iniciando-se, então, a partir da Regional de Saúde de Sobradinho/RSS, um programa de assistência domiciliar, com as premissas de - 1) acompanhamento em domicílio de pacientes portadores de doenças crônicas por uma equipe multiprofissional; 2) assistência médica e de enfermagem e, ainda, acompanhamento nutricional, fisioterápico, psicológico e de assistência social que favorecesse a participação de familiares no cuidado ao paciente.

A assistência a ser prestada seria viabilizada por intermédio de um plano que aumentasse o impacto na cobertura das ações indispensáveis à formação de uma consciência sanitária e que contribuísse para a melhoria da qualidade de vida da população-alvo. Assim, foi implantado informalmente, em 1994, na Regional de Sobradinho, o SAMED (Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio), atualmente Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD/RSS), com o objetivo inicial de oferecer atendimento domiciliar por uma equipe multidisciplinar aos pacientes portadores de agravos crônicos não transmissíveis com co-morbidades, que exigissem cuidados que extrapolassem a atenção primária, como, por exemplo – doença avançada fora de possibilidade terapêutica (câncer), pacientes com grau moderado a grave de dependência funcional para as atividades de vida diária (AVD), ou pós-operatório de cirurgias ortopédicas que tivessem tido a sua fase aguda resolvida em nível hospitalar e então adquirido condições estáveis de atenção no domicílio. Embora o marco legal da Atenção Domiciliar tenha sido a desospitalização de pacientes estáveis com doenças crônicas não transmissíveis, o projeto de implantação pode abrir exceções quando o paciente for portador de doenças crônicas transmissíveis com alto grau de dependência funcional. Em 23 de março de 1998, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 2.416, que estabeleceu

requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

Com a promulgação da Lei nº 10.424, de 16 de Abril de 2002, elaborada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), que regulamenta a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), a Regional de Saúde de Sobradinho ficou com a responsabilidade de repassar sua experiência nesse tipo de atenção para viabilizar sua aplicabilidade em todo o Distrito Federal. O SAMED passou a se chamar Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID).

Tornou-se, então, imprescindível a criação de uma coordenadoria experiente que gerenciasse a atividade dessas equipes, direcionando sua atuação aos pressupostos e princípios da Secretaria Estadual de Saúde (SES-DF), com supervisão contínua e aprimoramento da assistência domiciliar na instituição. Assim, foi criada a Coordenação de Internação Domiciliar – COIND.

A partir da Lei nº 10.424 e da Portaria nº 2.529 do Ministério da Saúde, de 19 de outubro de 2006, que implanta a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, foram definidas as diretrizes operacionais para a implantação do Programa de Internação Domiciliar nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, tornou-se imperativa a elaboração de um projeto regionalizado que redirecionasse os serviços mediante essas diretrizes. Em junho de 2007, obedecendo à nova estrutura organizacional da SES-DF, a COIND passou a ser Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), vinculada à Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família, com a responsabilidade de implantar os Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) nas regionais de saúde que não dispunham do programa de atenção domiciliar. Os NRAD atualmente existentes, e os seus respectivos anos de criação são relacionados na Figura 1; os últimos cinco Núcleos encontram-se em fase de estruturação.

<b>Sigla</b>	<b>Denominação</b>	<b>Ano de implantação</b>
<b>NRAD/RSS</b>	Regional de Saúde de Sobradinho	1994
<b>NRAD/RSP</b>	Regional de Saúde de Planaltina	1997
<b>NRAD/RSG</b>	Regional de Saúde do Gama	2002
<b>NRAD/RSGu</b>	Regional de Saúde do Guará	2007
<b>NRAD/RSAN</b>	Regional de Saúde da Asa Norte	2007
<b>NRAD/RSPr</b>	Regional de Saúde do Paranoá	2008
<b>NRAD/RSSb</b>	Regional de Saúde de São Sebastião	2008
<b>NRAD/RST</b>	Regional de Saúde de Taguatinga	2009
<b>NRAD/RSC</b>	Regional de Saúde de Ceilândia	2009
<b>NRAD/RSAM</b>	Regional de Saúde de Samambaia	2009
<b>NRAD/RSBz</b>	Regional de Saúde de Brazlândia	2010

Fonte: Gerência de atenção domiciliar/SES

**Figura 1** - Distribuição dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar segundo ano de Implantação. Distrito Federal-DF, 1994 a 2010

Em 18 de outubro de 2008, foi lançada a Política Nacional de Internação Domiciliar, instituída no SUS pelo Presidente da República e pelo Ministro da Saúde, consolidando, efetivamente, essa modalidade de atenção na rede pública de saúde. O Distrito Federal conquistou, no dia 14 de outubro de 2008, o último pré-requisito para adesão a essa política – que prevê incentivos financeiros por equipe implantada – a aprovação pelo Conselho de Saúde Distrital, por unanimidade, do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal, homologado pelo Secretário de Saúde sob a resolução nº 56 publicada no DODF nº 225 de 12 de novembro de 2008. Como a atenção domiciliar do Distrito Federal não tinha nenhum instrumento validado para elegibilidade dos pacientes para a modalidade de internação domiciliar, boa parte dos núcleos regionais adotou a escala de nível de complexidade de Cascavel-PR (Anexo 1) como uma diretriz para a admissão de novos pacientes para a modalidade de internação domiciliar, com exceção do núcleo regional de Sobradinho-DF, que passou a adotar a escala para as novas admissões na modalidade de internação domiciliar após o ano de 2010.

Hoje, a Atenção Domiciliar no Distrito Federal caracteriza-se por ser um programa que presta assistência multiprofissional em domicílio, de segunda à sexta-feira, em horário comercial, a pacientes com alto grau de dependência funcional e aos portadores de doença crônica estável, com co-

morbidades transmissíveis ou não, e trabalha na implantação e estruturação dos núcleos regionais de Santa Maria, Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas e Asa Sul.

A Gerência de Atenção Domiciliar tem trabalhado, também, na capacitação das equipes multidisciplinares, no estímulo à pesquisa nesta área de atuação e na elaboração de dados e indicadores de serviço, porém ainda não publicados.

### **1.1.3 Envelhecimento e doenças infecciosas**

#### **1.1.3.1 Breve panorama das doenças infecciosas no mundo e no Brasil**

As doenças infecciosas (DI) acompanham a história da humanidade e, ao longo dos séculos, provocaram mais mortes do que as guerras ou a fome. Apesar dos agentes responsáveis por sua deflagração terem sido descobertos a partir do século XIX, até o presente essas doenças permanecem, em várias partes do mundo, entre as principais causas de óbito e de epidemias (Rogers, 2011).

Muitas das doenças infecciosas (DI) existentes no mundo representam graves problemas de saúde pública, não só pelas elevadas taxas de mortalidade mas também pelos custos dos tratamentos, pelas eventuais sequelas e pelas perdas de produtividade no mercado de trabalho. Em diversas regiões do planeta, especialmente naquelas menos desenvolvidas, como por exemplo, nos países africanos, as DI são as principais responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil e pelo aumento nas despesas dos sistemas de saúde responsáveis pelo atendimento de idosos. Daí os cuidados das organizações internacionais no acompanhamento e controle dessas doenças, buscando melhorar a qualidade de vida dessas populações.

Os dados sobre a ocorrência de DI no mundo são imprecisos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 foram notificados cerca de 177 milhões de casos em todo o mundo, apenas

considerando as 18 doenças controladas pelas estatísticas gerais da OMS<sup>1</sup>. Esse número, portanto, pode ser significativamente inferior ao que ocorre na realidade (WHO, 2010).

O baixo desenvolvimento socioeconômico e as desigualdades na distribuição de renda desempenham um papel importante no controle e na disseminação das DI. A OMS reconhece as dificuldades estruturais que os países com essas características enfrentam para lidar com epidemias e endemias. Em seu relatório anual de 2010, a OMS afirma que,

Apesar dos esforços para aprimorar as pesquisas e as respostas, diversos países enfrentam desafios para identificar, diagnosticar e notificar corretamente as doenças infecciosas, devido ao isolamento de comunidades, à ausência de vias de transporte e comunicação, infraestrutura e à falta de mão-de-obra capacitada e de laboratórios que garantam diagnósticos corretos (WHO, 2010, p. 73).

Algumas DI são consideradas estratégicas para a OMS e constam da relação de monitoramento do programa *Global Alert and Response* (GAR), cujo objetivo é monitorar epidemias e emergências de saúde pública em todo o mundo a partir dos países membros. As DI sujeitas ao controle do GAR são – antraz (ou carbúnculo), gripe aviária, febres hemorrágicas (Crimeia-Congo, Ebola, Marburg, vale do Rift), dengue, infecções pelos vírus Hendra e Nipah, hepatite, gripe (influenza), febre de Lassa, doenças meningocócicas, influenza A (H1N1), peste, síndrome respiratória aguda grave (SARS), varíola, tularemia e febre amarela. (WHO, 2010).

No Brasil, em 2008, as duas principais causas de óbitos, tendo como referência a mortalidade proporcional, foram as doenças do aparelho circulatório (29,50%) e as neoplasias (15,60%). O grupo que inclui algumas doenças infecciosas e parasitárias aparece em 8º lugar, com 4,40% do total de óbitos. A variação nas proporções entre as regiões não foi tão acentuada; na região Norte, foi de 5,70% (a maior), enquanto na região Sul, foi de 3,70% (a menor). Deve-se ressaltar que, em 1980, esse grupo de doenças

---

<sup>1</sup> As doenças infecciosas incluídas pela OMS nas estatísticas são: cólera, difteria, influenza A, encefalite japonesa, hanseníase, malária, sarampo, meningite, caxumba, tétano neonatal, coqueluche, peste bubônica, poliomielite, rubéola, rubéola congênita, tétano, tuberculose e febre amarela. Outras doenças infecciosas não constam das estatísticas porque são controladas separadamente, como ocorre com a HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e a pneumonia.



estava em 3º lugar dentre os grandes grupos de causas definidas, e na região Norte era a principal causa de óbitos, com 26,00% dos casos. A pneumonia encontra-se entre as dez principais causas de óbito definidas, em 2008, sendo responsável por 4,20% do total, o que representa um coeficiente de 23,90 óbitos para cada 100 mil habitantes (Garcia *et al.*, 2010).

Das DI que afetam o sistema respiratório, a influenza (gripe) e a pneumonia ainda são importantes causas de internação nos sistemas de saúde, tendo sido registrados 782.473 casos entre 2007 e 2009. Nesse período, foram registrados 42.956 óbitos provocados por essas doenças, sendo 87,00% nas regiões Sul e Sudeste e 74,00% na faixa etária de 60 anos ou mais. Apesar de 39,00% das internações terem sido de crianças menores de 5 anos, apenas 3,00% dos óbitos foram registrados entre menores de 1 ano (Toscano *et al.*, 2010). Não por acaso a maioria dos casos e de óbitos ocorre nas regiões Sul e Sudeste, principalmente entre idosos. Os dados do Ministério da Saúde mostram que há uma sazonalidade na incidência de influenza e pneumonia, com um recrudescimento nos meses entre abril e agosto, ou seja, no período mais frio nessas regiões.

Os idosos, naturalmente, possuem uma resistência menor para reagir às DI, já que seu organismo não apresenta a mesma capacidade funcional que possuía na juventude e na maturidade. O quantitativo de óbitos provocados por essas doenças tem diminuído ao longo dos anos, mas as DI ainda representam importante fator de morbidade e mortalidade nas faixas etárias mais avançadas, mesmo em países desenvolvidos. De maneira geral, os idosos estão mais suscetíveis às complicações provocadas por DI que afetam o sistema respiratório, que naturalmente reduz sua função com o passar dos anos (Francisco *et al.*, 2005; Janssens, 2005; Arking, 2006; Sharma & Goodwin, 2006).

### 1.1.3.2 O envelhecimento e as populações

O processo de envelhecimento faz parte da natureza de todos os organismos vivos. Ao longo dos séculos, sob o ponto de vista social, filosófico e religioso, para os seres humanos, a velhice foi considerada como última etapa da vida, aquela que antecede a morte, o final de uma existência ou, no mínimo, o encerramento de uma etapa conhecida e a possibilidade de enfrentamento de outra, desconhecida. Nas sociedades ocidentais, até recentemente, a velhice era considerada como sinônimo de adoecimento, improdutividade, decadência. Por esse motivo, a maioria dos estudos relacionados ao envelhecimento é voltada para a compreensão de suas causas, visando atuar de maneira preventiva em idades mais novas. As questões diretamente relacionadas aos idosos ficaram prioritariamente relacionadas à geriatria e à gerontologia, que durante muito tempo foram especialidades médicas mais voltadas para os tratamentos paliativos do que para os curativos (Arking, 2006; Goldsmith, 2006).

Segundo Duarte (1999, p. 36),

Historicamente, para a maior parte da população, a velhice é sinônimo de pobreza no aspecto econômico, inatividade no laboral, marginalidade na vida social e cultural, enfermidade no âmbito da saúde. A partir da segunda guerra mundial, observa-se uma enorme modificação na situação existente até então. Hoje, pessoas com idade mais avançada participam cada vez mais ativamente na vida social, de atividades culturais, de lazer e físicas, vivem mais anos e com melhores condições de saúde. Com o aumento gradual de esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade em muitos países, os problemas de saúde da população, a longo prazo, podem transbordar, inclusive, com previsões mais pessimistas, levando a um desmoronamento dos sistemas de assistência sanitária e social.

Os dois fatores citados pela autora para explicar o envelhecimento da população - o aumento da longevidade e a redução nas taxas de natalidade -, já chamava a atenção da comunidade científica desde a década de 1980. Dados das Nações Unidas divulgados em 1985 previam que, em 2020, o mundo contaria com 7,80 bilhões de habitantes e destes, 649,2 milhões

(8,31%) teriam mais de 65 anos, sendo 101,6 milhões (1,30%) com mais de 80 anos (Kalache *et al.*, 1987).

Nos países desenvolvidos, o aumento na expectativa de vida já era realidade em meados do século XX, sendo considerado como um diferencial importante de distinção entre esses e os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

As diferenças podem ser facilmente explicadas pela comparação entre os sistemas de saúde, o acesso da população aos tratamentos médicos, a oferta de saneamento, a qualidade na alimentação, etc. Para os idosos dos países desenvolvidos, predominavam as doenças crônicas, enquanto nos países mais pobres a população era precocemente acometida por doenças infecciosas que provocavam o óbito antes que os indivíduos atingissem a idade em que as doenças crônicas não transmissíveis são mais frequentes (Kalache *et al.*, 1987; Arking, 2006; UN, 2010).

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 2010, o número de pessoas com mais de 60 anos já havia atingido o patamar de 760 milhões, sendo que mais da metade (414 milhões) viviam na Ásia, principalmente na China (166 milhões) e na Índia (92 milhões). As novas expectativas da ONU (UN, 2010, p. 2) mostram que,

Apesar da população idosa estar crescendo em todas as partes do mundo, o maior aumento tem se dado nas regiões em desenvolvimento. Em média, 29 milhões de idosos serão acrescentados à população mundial por ano, entre 2010 e 2050, e mais de 80% desse contingente será de habitantes das regiões menos desenvolvidas. Como resultado, a participação da população idosa dessas regiões no total crescerá de 65% em 2010 para cerca de 80% em 2050.

Aproximadamente 80,00% dos homens com mais de 60 anos são casados, contra menos da metade das mulheres da mesma faixa etária. Segundo a ONU (UN, 2010), há três motivos para essa diferença - em geral, as mulheres têm uma expectativa de vida maior do que os homens, tendem a se casar com homens mais velhos (que falecem primeiro), e são menos propensas a um novo casamento após um divórcio ou a viuvez. Esse dado é importante, pois segundo essas pesquisas, as pessoas idosas casadas possuem uma saúde melhor, inclusive mental, têm menor tendência para

depressão e costumam se declarar mais felizes do que os indivíduos solteiros, viúvos ou separados. Da mesma forma que o casamento, o fato do idoso morar com parentes apresenta a vantagem de reduzir sua vulnerabilidade em caso de doença ou incapacitação, reduzindo, também, a suscetibilidade à depressão e aos estados psicológicos relacionados à solidão. Porém, mesmo sendo benéfica, essa convivência com filhos e netos tem apresentado uma tendência decrescente nos últimos anos. À medida que os idosos se tornam menos dependentes física e economicamente dos parentes, preferem morar sozinhos, garantindo sua privacidade e a adoção de uma vida social diferenciada, principalmente nos maiores centros urbanos. (UN, 2010).

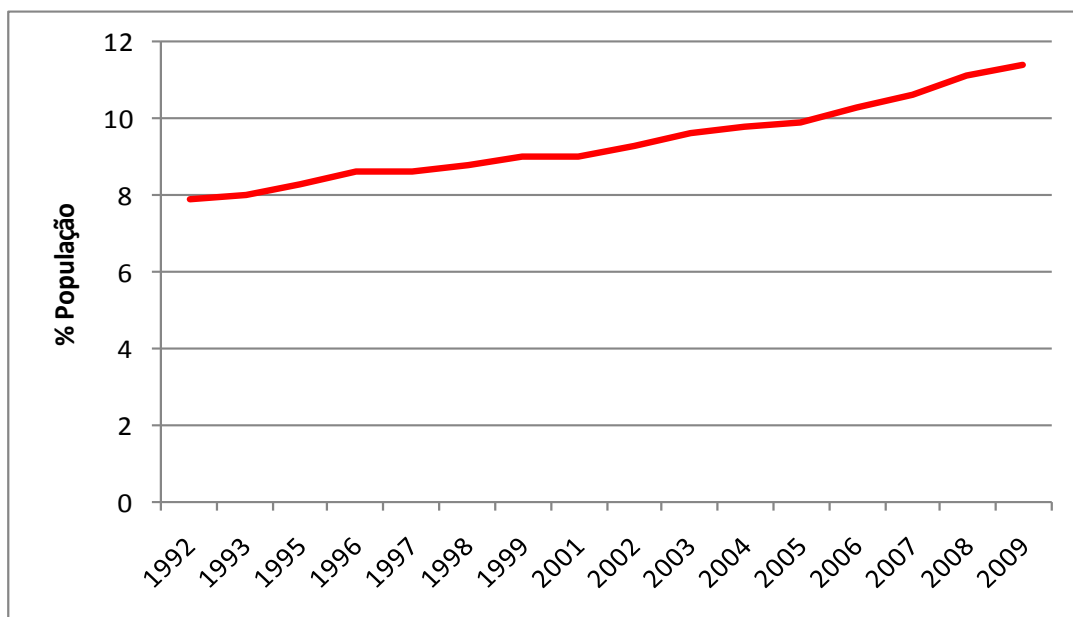
Um dado importante levantado pela ONU (UN, 2010), e que desmente a associação entre envelhecimento e inatividade, diz respeito à participação dos idosos na força de trabalho dos países. Segundo o relatório, nas regiões menos desenvolvidas ou em desenvolvimento, os indivíduos com mais de 65 anos continuam trabalhando, mesmo depois de terem conquistado o direito à aposentadoria.

Com relação à saúde, o relatório da ONU (UN, 2010, p. 37) confirma o que já havia sido observado pela OMS e pelas taxas de óbito brasileiras, comentadas anteriormente –

O sucesso no controle das doenças notificáveis levou tanto à menor mortalidade quanto à mudança nas causas dos óbitos. À medida que a proporção de mortes atribuídas às doenças notificáveis diminuiu, as doenças não notificáveis, como os problemas cardiovasculares, o AVC e o câncer, participam em maior proporção no total de óbitos. Entre as pessoas mais idosas, essas doenças já são responsáveis pela maioria das mortes e adoecimentos, mesmo nos países menos desenvolvidos.

O Brasil acompanha a tendência mundial de envelhecimento médio da população, evidenciada pelos dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ao longo dos anos. A série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio mostra que o percentual de pessoas com mais de 60 anos vem se mantendo crescente, em taxas mais ou menos constantes, pelo menos desde meados da década de 1990 (Figura 2). A maior proporção de idosos encontra-se nas regiões Sul e Sudeste e as

mulheres possuem uma expectativa de vida maior do que os homens (IBGE, 2010).

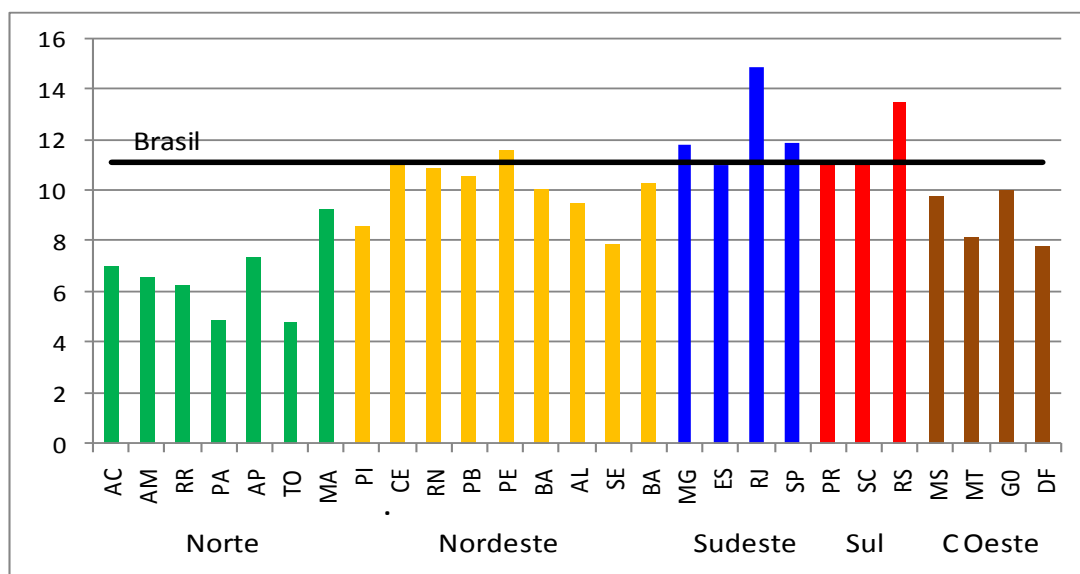


Fonte: IBGE (2010).

**Figura 2** - Participação percentual da população com mais de 60 anos no total de habitantes. Brasil, 1992-2009<sup>2</sup>

A análise por estado mostra que os dados nacionais e para as regiões Sul e Sudeste são fortemente influenciados pelos percentuais de Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (Figura 3). Somente sete estados apresentam participação percentual de idosos no total da população superior à média nacional – Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Até a data em que foi feita a pesquisa para este trabalho, os dados do Censo 2010 disponibilizados pelo IBGE eram preliminares e não haviam sido liberados para consulta pública.



Fonte: IBGE (2010).

**Figura 3** - Brasil - Participação percentual da população com mais de 60 anos no total de habitantes, por estados - 2009

Com base nos dados históricos acumulados, o IBGE fez projeções para alguns indicadores da população brasileira para as próximas décadas, confirmando as tendências verificadas no restante do mundo e nos levantamentos efetuados nos últimos anos. A esperança de vida ao nascer continuará crescendo nas próximas décadas, mas em ritmo menos acelerado. Como a projeção dos dados mostra uma tendência de queda e estabilização na taxa de fecundidade total para as mulheres, o resultado será uma maior participação dos idosos no total da população, como previsto, também, pela OMS.

### 1.1.3.3 Envelhecimento, Saúde Pública e Doenças Infecciosas

O campo da saúde pública será diretamente afetado pelo envelhecimento populacional, pois as demandas de recursos e serviços dos idosos são diferentes das demandas de crianças, jovens e adultos.

Envelhecimento e doença não mantêm uma sinonímia obrigatória. Em outras palavras, é possível envelhecer com saúde, mas não se pode esperar

que o conceito de saúde nas idades mais avançadas seja o mesmo do utilizado para as idades mais novas.

Como o processo de envelhecimento não foi totalmente esclarecido até o momento, também não há consenso sobre sua definição. De maneira simplificada, pode ser adotada aqui a definição utilizada por alguns autores que associam essa etapa da vida a uma maior suscetibilidade ao adoecimento (Curtis, 1963; Arking, 2006; Goldberg, 2006; WHO, 2010). Com o passar do tempo, e dependendo de inúmeros fatores internos e externos, o organismo sofre um desgaste e há, naturalmente, uma queda na resposta funcional do corpo como um todo. Esse processo é gradual, constante e heterogêneo. E é dessa forma que Timóteo (2003, p. 115) refere-se ao envelhecimento –

O envelhecimento, ou senescência, configura-se como um processo múltiplo e desigual de comprometimento e decadência das funções que caracterizam o organismo vivo em função do tempo de vida. Ao contrário do que se imagina, na senescência não se comprometem todas as funções de modo semelhante nem em todas elas se inicia ao mesmo tempo.

O comprometimento das funções pode levar ao adoecimento tanto porque os órgãos vão perdendo a capacidade de corresponder às necessidades do restante do corpo, como se tornam mais vulneráveis, também aos fatores externos e às consequências do próprio desgaste sobre os tecidos. Por esse motivo, os idosos estão mais sujeitos a apresentar doenças crônicas não transmissíveis, assim como são mais suscetíveis às doenças infecciosas, pois seu organismo já não consegue reagir com a mesma eficiência que possuía em idades mais jovens (Harman, 1991; Arking, 2006; Goldberg, 2006).

Apesar das doenças infecciosas (DI) terem reduzido sua participação no número de óbitos entre todas as faixas etárias, é indiscutível que os idosos se encontram mais suscetíveis à apresentação de quadros mais graves, no caso de infecções (Harman, 1991; Arking, 2006; Goldberg, 2006).

A Organização Mundial de Saúde adota como regra geral o fato de que o aumento da expectativa de vida da população está diretamente

relacionado ao aumento dos gastos *per capita* com saúde, apesar do inverso não ser necessariamente verdadeiro – o aumento dos gastos com saúde possui pouco ou nenhum efeito sobre o aumento da longevidade (WHO, 2010).

Segundo Nasri (2008), com o envelhecimento, há um aumento na utilização de unidades de terapia intensiva, de hemodinâmica e de métodos dialíticos. Aumenta a prevalência de doenças cujo principal fator de risco é a idade, como o Alzheimer e a doença de Parkinson. Ao final, os idosos tendem a consumir mais medicamentos e realizar mais exames preventivos e de acompanhamento, o que pode favorecer a qualidade de vida nessa faixa etária.

Os amplos trabalhos realizados em todo o mundo ainda não chegaram a um consenso sobre os motivos nem sobre as causas do envelhecimento do ser humano. Há indícios de que os subprodutos da respiração intracelular (radicais livres) possam estar associados à deterioração acumulada do organismo, que com o tempo perde sua capacidade de regeneração. As pesquisas sobre esse tema são as mais promissoras, mas ainda apresentam mais perguntas do que respostas no que se refere aos processos de envelhecimento (Barja, 2004; Arking, 2006; Goldberg, 2006; Gilca *et al.*, 2007; Hulbert *et al.*, 2007; Valko *et al.*, 2007).

Independentemente das causas, os efeitos do envelhecimento no organismo humano são bem conhecidos e, atualmente, já é possível associar algumas doenças às reduções funcionais sistêmicas características das idades mais avançadas. É importante ressaltar que os autores são unânimes quando à dissociação entre envelhecimento e processo patológico. O envelhecimento pode favorecer o desencadeamento de doenças, mas é um processo natural e com características individuais para todos os seres vivos (Arking, 2006; Goldberg, 2006).

Segundo Arking (2006), o sistema respiratório, depois do sistema tegumentar, talvez seja um dos que mais sofrem com fatores externos prejudiciais ao seu funcionamento, o que dificulta a identificação das alterações funcionais relacionadas exclusivamente à idade. Segundo o



autor, a principal alteração que já foi comprovada pela literatura é a redução no volume de expiração forçada, mesmo que a capacidade pulmonar permaneça constante. Esse tipo de alteração somente pode ser verificado em populações de idosos residentes nas áreas rurais e não fumantes, já que o fumo e a poluição atmosférica poderiam interferir diretamente nos resultados.

Timo-Iaria (2003) assinala, ainda, que a capacidade de extração de oxigênio do sangue pelos tecidos reduz-se de 4 litros/minuto aos 20 anos para 1,5 litros/minuto aos 75 anos, principal causa para a redução na capacidade de desempenho de esforços físicos e pulmonares nos esportes e no trabalho.

A principal doença pulmonar associada ao envelhecimento é o enfisema – uma doença obstrutiva que provoca a perda da propriedade ventilatória dos pulmões, reduzindo o suprimento de oxigênio disponível nos alvéolos. O enfisema é a resposta ao processo cumulativo de irritação crônica provocada por fumo, infecções recorrentes e quaisquer outros fatores irritantes do tecido pulmonar (Arking, 2006).

Das alterações inequivocamente relacionadas ao envelhecimento, a mais notável é a redução no volume do timo, glândula responsável pelas funções de crescimento e que perde sua função a partir da maturidade sexual. O timo também está envolvido na diferenciação dos linfócitos T, que participam ativamente dos processos imunológicos. Isso reduz o número de subpopulações de linfócitos T presentes na circulação. Um exemplo do impacto provocado por essa redução foi observado em um trabalho que investigou a resposta imunológica de indivíduos jovens e idosos após uma epidemia de influenza (gripe). Entre os jovens, 90,00% possuíam anticorpos para as três cepas causadoras da epidemia. Entre os idosos, apenas 63,00% possuíam os mesmos níveis de proteção (Peres *et al.*, 2003; Arking, 2006; Caruso *et al.*, 2009).

De maneira geral, os estudos sobre o sistema imunológico dos idosos mostram uma redução acentuada na capacidade de resposta às agressões externas, bem como a desorientação quanto à diferenciação do que são

células do próprio organismo e das que são resultado de uma infecção. Uma prova disso é o aumento gradual, com a idade, da incidência de doenças autoimunes, que são aquelas provocadas pela reação contra células e tecidos que fazem parte do próprio organismo (Peres *et al.*, 2003; Caruso *et al.*, 2009).

Se há uma redução na capacidade funcional do sistema respiratório e concomitantemente do sistema imunológico, é plausível assumir que a suscetibilidade dos idosos às DI que afetam esses sistemas terá um potencial patogênico maior do que nos indivíduos que apresentam essas funções preservadas (Peres *et al.*, 2003; Timolária, 2003; Arking, 2006; Vasto *et al.*, 2006).

Apesar dos avanços no combate às DI, que reduziram sua morbimortalidade nas últimas décadas, para os idosos, essas doenças ainda representam uma importante causa de internações e óbitos, especialmente as DI que afetam o sistema respiratório.

O estudo de Oliveira *et al.* (2004) analisou a causa da morte e os processos patológicos encontrados em 394 idosos (idade > 60 anos), que faleceram em Uberaba (MG) no período de 1976 a 1998, por meio dos laudos das autópsias realizadas no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM). As doenças cardiovasculares (cardiopatias, AVC) foram as principais causas de óbito encontradas (43,70%), seguidas pelas DI (31,00%), neoplasias (13,20%) e doenças digestivas (5,60%). Entre os processos infecciosos, 40,60% dos laudos relataram a presença de pneumonite, 9,60% de bronquite e 14,00% de cistite.

Paes (2004) procurou traçar o perfil da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em idosos com mais de 65 anos, através da análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Para fins comparativos, foram levantados os dados relativos aos anos de 1980, 1985, 1991 e 1995. As doenças cardiovasculares apareceram em primeiro lugar para ambos os sexos. As neoplasias, em segundo lugar, com maior incidência no sexo masculino. As doenças infecciosas e parasitárias foram

responsáveis, em média, por 2,50% dos óbitos em ambos os sexos. A autora chama a atenção para a possibilidade dos dados não conseguirem representar a realidade, pois houve um percentual relativamente alto (20,00 a 22,00%) de óbitos classificados como Sintomas, sinais e afecções mal definidas, que podem ter mascarado os resultados associados às DI. Além disso, por serem utilizados os grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID), algumas doenças infecciosas encontram-se agrupadas com outras não infecciosas, como ocorre, por exemplo, com a pneumonia, que está incluída no grupo de doenças do aparelho respiratório, que tiveram percentuais importantes de participação nos óbitos dos idosos nesse período (homens – 7,75%, 9,38%, 11,21%, 12,95%; mulheres – 6,53%, 8,11%, 9,54%, 11,15%, respectivamente).

Esse cuidado necessário para a análise dos dados do SIM/MS, que utiliza a CID para a classificação das causas de óbito, foi reforçado pelas conclusões de Silva *et al.*, (2008), que analisaram o mesmo sistema para avaliar 5.582 óbitos de moradores de Recife (PE), com idade acima de 60 anos, durante o ano de 2000. A ordem de importância das causas permaneceu inalterada, com predomínio das doenças circulatórias (188,70/10 mil hab), neoplasias (66,90/10 mil) e doenças do aparelho respiratório (57,30/10 mil). Dentro deste último grupo, a pneumonia aparece com coeficiente de mortalidade de 14,90/10 mil hab. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 19,20 óbitos/10 mil habitantes nesse período.

Foi feita uma consulta aos dados de Morbidade Hospitalar do SUS<sup>3</sup>, para as internações realizadas em todo o país no ano de 2010. Das doenças do aparelho respiratório listadas, a pneumonia aparece em primeiro lugar entre as causas de internações de idosos, com 51,97% dos casos (Tabela 1). Do total de 2.441.241 internações de idosos realizadas em 2010, a pneumonia foi responsável por 8,47%. Com relação à mortalidade, os dados do SUS para 2009 informam que, do total de 1.099.131 óbitos

---

<sup>3</sup> Consulta realizada em 30/03/2010, no endereço <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, - Morbidade hospitalar do SUS.

ocorridos entre idosos com mais de 60 anos, a influenza e a pneumonia foram responsáveis por 53.361 casos, o que representa 4,85%<sup>4</sup>.

**Tabela 1** - Distribuição das internações no SUS provocadas por doenças respiratórias segundo causas do capítulo X da CID-10 para pacientes com mais de 60 anos. Brasil - 2010

<b>Causa</b>	<b>Internações</b>	<b>%</b>
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	398.045	
Faringite aguda e amigdalite aguda	276	0,07
Laringite e traqueíte agudas	3.233	0,81
<b>Outras infecções agudas das vias aéreas superior</b>	2.268	0,57
Influenza [gripe]	7.548	1,90
Pneumonia	206.860	51,97
Bronquite aguda e bronquiolite aguda	2.875	0,72
Sinusite crônica	248	0,06
Outras doenças do nariz e dos seios paranasais	732	0,18
Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	74	0,02
Outras doenças do trato respiratório superior	2.081	0,52
Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn <sup>1</sup>	93.319	23,44
Asma	29.131	7,32
Bronquiectasia	771	0,19
Pneumoconiose	219	0,06
Outras doenças do aparelho respiratório	48.410	12,16

Nota:<sup>1</sup> Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas

Fonte: DATASUS/MS

#### 1.1.4 Idosos e atenção domiciliar

As informações anteriormente citadas mostram que as doenças infecciosas ainda são um problema importante para a saúde dos idosos, especialmente nos países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Nos últimos anos tem havido uma redução na mortalidade e na morbidade por essas doenças, mas os idosos permanecem como um grupo suscetível, em razão da menor resposta do sistema imunológico às agressões patogênicas.

A hospitalização de idosos acometidos por DI é relativamente alta, principalmente por doenças do trato respiratório, como pôde ser visto nos dados de Morbidade Hospitalar do SUS. Em muitos casos, esses pacientes poderiam ser atendidos em suas residências, reduzindo custos para o sistema público de saúde, melhorando as condições de recuperação dos

<sup>4</sup> Consulta realizada em 30/03/2010, no endereço <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, - Mortalidade geral

idosos e eliminando o risco de infecção por vários agentes infecciosos, alguns potencialmente letais, que acometem o sistema hospitalar.

A elevada prevalência em idosos de doenças crônicas não transmissíveis aumenta a necessidade de cuidados especiais, nem sempre disponíveis na rede pública ou mesmo nas residências dos idosos que moram sozinhos ou com famílias em que os eventuais responsáveis passam boa parte do tempo no trabalho.

Como a assistência domiciliar ainda não é uma prática amplamente disseminada no Brasil, é importante avaliar sua viabilidade social e econômica, a partir dos resultados das ações realizadas pelas unidades atualmente em funcionamento.

O presente estudo, ao analisar uma coorte de pacientes em atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho, no Distrito Federal, com ênfase na incidência de doenças infecciosas e em idosos, subsidiará a Gerência de Atenção Domiciliar com informações que possam contribuir na organização, no planejamento de estratégias, no gerenciamento e na construção de indicadores de qualidade do serviço.

## 2. JUSTIFICATIVA

De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Distrito Federal cresceu 23% na última década, chegando a 2.570.160 habitantes. O Distrito Federal é a quarta unidade da federação que mais cresceu no país, perdendo apenas para Amapá, Roraima e Acre. O crescimento populacional médio da capital federal na última década foi de 2,28%, muito superior ao registrado no país, de 1,17%. Quanto ao número de habitantes, Brasília está em quarto lugar, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. Ainda segundo o censo, homens e mulheres com mais de 60 anos representam 8% da população brasiliense. O Distrito Federal possui uma das maiores expectativas de vida do país, em média, 77 anos.

A maioria dos pacientes em Atenção Domiciliar na Regional de Saúde de Sobradinho (RSS) é de idosos, ou seja, de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso (CATI, 2009). Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (1998), 26,40% da população idosa é filiada a plano de saúde privado (Lima-Costa et al., 2003), o que significa que a maioria da população idosa brasileira depende do SUS.

As intercorrências infecciosas em idosos, na Atenção Domiciliar, são fatores preditores importantes de piora da capacidade funcional. Minimizar o impacto das doenças crônicas, do declínio funcional, do grau de dependência e preservar a qualidade de vida são metas indispensáveis a serem alcançadas, não somente para aqueles que envelhecem, mas também em função da extensão deste impacto sobre as famílias dos pacientes assistidos (Fried et al., 2001).

A Regional de Saúde de Sobradinho conta com um programa de Atenção Domiciliar há mais de uma década, porém não existe análise rotineira dos dados e nem estudos sobre o perfil clínico-epidemiológico-demográfico e fatores associados ao adoecimento e morte dos pacientes atendidos por esta modalidade de assistência e que possam instrumentalizar a gestão para o planejamento, organização e redirecionamento das ações

nesta ou em outras Regionais de Saúde. Não se conhecem, por exemplo – as características demográficas dos pacientes atendidos, os principais desfechos (alta, cura, óbito), o tempo de permanência no programa e a frequência de intercorrência infecciosa. Os parâmetros essenciais para o planejamento e organização das ações são desconhecidos por ausência de análise da informação gerada pelo programa.

Considerando a falta de estudos sobre o perfil clínico-epidemiológico e o desconhecimento da frequência das intercorrências infecciosas e seus fatores associados nos pacientes em atenção domiciliar na RSS; a necessidade de informações úteis para o planejamento contínuo do modelo de assistência a pacientes idosos, com alto grau de dependência funcional e portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não; a necessidade de práticas de atendimento mais personalizadas e humanizadas; e o fato de que a atenção domiciliar é uma modalidade que responde aos três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – universalidade de acesso, equidade e integralidade da assistência, o estudo poderá ter grande relevância, ser bastante oportuno e preencher as lacunas existentes na informação para a gestão. O modelo do estudo poderá ser, ainda, reproduzível para outras Regionais de Saúde do Distrito Federal.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Caracterizar clínico-epidemiologicamente os pacientes atendidos pelo programa de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho, estimar a probabilidade de sobrevivência acumulada e os fatores associados à frequência de doenças infecciosas e de óbito no período de junho de 2003 a junho de 2010.

#### **3.2 Específicos**

- Descrever o programa de Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho segundo indicadores selecionados;
- Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes e destacar os aspectos sócio-demográficos e ambientais da Atenção Domiciliar na Regional de Saúde de Sobradinho;
- Estimar a frequência e o tipo de doenças infecciosas nos pacientes atendidos;
- Descrever o tempo de permanência no programa dos pacientes que receberam alta e dos que se encontram em atendimento;
- Estimar o tempo e a probabilidade de sobrevivência do paciente na modalidade de atenção domiciliar, por meio de análise de sobrevivência;
- Estimar fatores associados com doenças infecciosas e com óbito, em pacientes em regime de atenção domiciliar;
- Identificar o tipo de cuidador envolvido nessa modalidade de assistência, segundo classificação adotada no Distrito Federal.



## **4. MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo e fontes de dados**

Estudo epidemiológico com três componentes – 1) Estudo descritivo do tipo coorte clínica; 2) Análise de sobrevivência tendo como desfecho o óbito; e 3) Estudo analítico transversal de fatores associados a dois desfechos – doenças infecciosas e óbito. Os prontuários médicos dos pacientes e os registros estatísticos do NRAD/RSS foram as fontes dos dados.

### **4.2 População em estudo**

Pacientes admitidos no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD/RSS) de 01 de junho de 2003 a 30 de junho de 2010.

O ano de 2003 demarca a mudança na organização do NRAD/RSS com uma maior preocupação e cuidado no registro dos dados colhidos na Atenção Domiciliar. Os prontuários dos pacientes admitidos antes do período escolhido sofreram perda física devido à inadequação de seu local de arquivamento.

### **4.3 Local do estudo**

O estudo foi realizado na Região Administrativa de Sobradinho (RA-V), que ocupa uma área de 569,37 Km<sup>2</sup> e situa-se a 22,1Km a nordeste do Plano Piloto de Brasília. O local do estudo foi o NRAD da Regional de Saúde de Sobradinho (NRAD/RSS).

### **4.4 Análise dos dados**

O acesso aos prontuários foi feito de forma manual. O estudo analisou o universo dos pacientes admitidos de 01 de junho de 2003 a 30 de junho de 2010. Não foram incluídas no estudo as informações dos pacientes cujos prontuários não foram encontrados no arquivo, que se encontravam danificados fisicamente ou com relatos ilegíveis. A coleta de dados foi realizada por um único observador, a pesquisadora principal do projeto, a

partir da data de admissão do paciente no programa, utilizando o questionário que se encontra no apêndice 1.

Foram coletadas e estimadas as frequências em relação às seguintes variáveis - sexo, idade, diagnóstico, tipo de cuidador, grau de incapacidade funcional para as atividades de vida diária (AVD) segundo escala validada da Cruz Vermelha Espanhola (Anexo 2) na admissão, tempo de acompanhamento, em meses, escolaridade, *status* no programa (ativo, alta e óbito), tratamento de água e destino do lixo e esgoto em relação ao domicílio, presença de animais domésticos no domicílio e tipo de acomodação do paciente. Também foi estimada a frequência de doença infecciosa não relacionada com internação hospitalar, como infecção do trato urinário (ITU), pneumonia (PN), ferida infectada (FI), desde que apresentassem registro de diagnóstico clínico ou laboratorial e cujo aparecimento ocorresse após 30 dias de admissão no NRAD/RSS (Brasil, 1998).

Ter diagnóstico firmado e ser portador de doença crônico-degenerativa, transmissível ou não, são critérios necessários para a elegibilidade do paciente no NRAD/RSS. Para o programa é importante conhecer, dentro do universo das doenças que levaram o paciente a esta modalidade de assistência, qual o sistema fisiológico mais afetado com a finalidade de instrumentalizar a gestão (Figura 4). Por este motivo a variável diagnóstico foi levantada e descrita nestes termos, a partir de consenso com o grupo médico do programa, exceção feita às doenças neoplásicas e ao sistema neurológico (sistema nervoso), onde as demências e os acidentes vasculares encefálicos foram estimados para conhecimento de suas respectivas frequências, por se tratarem de doenças relevantes e de alta morbimortalidade.

Foi realizado um teste-piloto com os primeiros 20 pacientes admitidos a partir de 01 de junho do ano de 2003 para validação do questionário de coleta de dados. Depois de analisado o teste-piloto, foram feitas as correções e adequações necessárias ao questionário. Iniciou-se a coleta

propriamente dita, e os prontuários do teste-piloto não entraram na análise final dos dados.

Diagnóstico	Doenças
<b>AVE</b>	AVCI, AVCH
<b>Cardiovascular</b>	HAS, doença vascular, cardiopatias
<b>Demência</b>	Alzheimer, Parkinson, D. Mistas
<b>DI</b>	SIDA, hanseníase, tuberculose
<b>Endocrinológico</b>	Diabetes, obesidade mórbida
<b>Gastrointestinal</b>	Gastrite, esofagite
<b>Geniturinário</b>	IRA, IRC
<b>Hematológico</b>	Anemias
<b>Neoplasia</b>	Tumores benignos, malignos
<b>Neurológico</b>	Sequelas neurológicas
<b>Osteomuscular</b>	Fratura patológica, distrofias
<b>Respiratório</b>	Asma, enfisema, DPOC
<b>Tegumentar</b>	Psoríase, dermatite
<b>Trauma</b>	TRM, TCE, PAF

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 4** - Diagnóstico agrupado por sistema fisiológico afetado segundo as doenças que compõe cada grupo na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Os dados coletados foram avaliados criticamente e digitados no programa estatístico do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 17.0. Foi feita a apresentação dos dados por meio de estatística descritiva e realizado teste de hipóteses para comparar variáveis, quando pertinente. Realizada análise quanto à normalidade das distribuições por meio de Teste Kolmogorov-Smirnov e análise de homocedasticidade pelo Teste de Levene. Para comparação de medianas foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Para comparação de proporções, o teste *Chi-quadrado*. As análises estatísticas foram realizadas em um nível de significância de 5%.

Para a análise de sobrevivência foram utilizados os métodos de tábua de vida e o de Kaplan-Meier. A variável dependente de interesse utilizada para esta análise foi a sobrevivência. Considerou-se “sobrevivência”, o tempo transcorrido entre a entrada do paciente na atenção domiciliar, a partir de 01 de junho de 2003, até o desfecho do seu óbito. Foi considerado como número de vivos (N), o total de pacientes da pesquisa. Foi estimada a probabilidade de sobrevivência segundo o tempo de permanência no

programa. Foram também comparadas as curvas de vida segundo algumas variáveis como – 1) idade em estratos; 2) sexo; 3) grau de dependência funcional; 4) tipo de acomodação do paciente; e 5) presença de animais em domicílio. Para comparação das curvas de sobrevivência foram utilizados os testes de Log-rank (Mantel-Haenzel) e Breslow. As análises estatísticas foram realizadas em um nível de significância de 5%.

Foi realizada análise bivariada para testar hipótese de associação de algumas características com os seguintes desfechos – doença infecciosa, pneumonia, ferida infectada, infecção do trato urinário e óbito. Foi construído um modelo de análise multivariada, por meio de regressão logística binária, para os mesmos desfechos, à exceção de doenças infecciosas agregadas. A medida de associação adotada nas análises bivariada e multivariada foi a *Odds Ratio* (OR) e foram construídos intervalos de confiança para a OR a 95%.

Foi realizada regressão logística binária pelo método de entrada seqüencial controlada pelo pesquisador, utilizando os seguintes critérios -

- Critério 1 - Categoria da variável, em três níveis, na seguinte ordem - 1) características dos indivíduos; 2) características do domicílio; 3) características dos serviços de controle ambiental de água, esgoto e lixo.
- Critério 2 - Probabilidade da associação – as variáveis foram introduzidas no modelo multivariado quando apresentaram associação estatística com o desfecho, com probabilidade menor ou igual a 0,15, na análise bivariada.

Após a análise de cada nível, foram retiradas as variáveis com probabilidade maior ou igual a 0,20 após o ajuste, para a continuidade da análise. Permaneceram no modelo final as variáveis com associação estatística com o desfecho, com probabilidade menor ou igual a 0,05.

Para estimar a existência de interação foram realizadas análises estratificadas entre as variáveis que, na análise multivariada, permaneceram associadas ao desfecho com probabilidade menor ou igual a 0,05. O

parâmetro para a inclusão de produtos de interação de variáveis no modelo de regressão foi a probabilidade menor ou igual a 0,15 na análise de homogeneidade dos estratos.

A bondade do ajuste das análises multivariadas foi analisada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. As análises estatísticas foram realizadas em um nível de significância de 5%.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O estudo foi realizado segundo as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução Nº 196/96) e demais diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

A garantia de anonimato e sigilo sobre a origem das informações foi preservada e não houve malefícios aos usuários do programa. A pesquisa poderá trazer benefícios coletivos ao subsidiar o planejamento e a organização da Atenção Domiciliar, a partir dos dados obtidos. O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF, para avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos, tendo recebido aprovação por meio do parecer Nº 0040 de 08 de novembro do ano de 2010 (Anexo 3).

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Descrição do programa e do tipo de cuidador**

O Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD/RSS) hoje está situado em uma área próxima ao Hospital Regional de Sobradinho-DF por necessidade de adequação do espaço físico e aguarda local próprio e definitivo para funcionamento. Conta com uma equipe multiprofissional, formada por três médicos, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um assistente social, quatro técnicos de enfermagem e três agentes administrativos. Com exceção do nutricionista que cumpre carga horária de 20hs por semana, todos os outros profissionais têm regime de 40hs semanais para atendimento da demanda, de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Esta equipe presta assistência clínico-terapêutica e psicossocial aos pacientes de Sobradinho-DF, de forma integral, personalizada e humanizada.

O consolidado de dados do programa do ano de 2010 relata um número médio de visitas domiciliares mensais de 48 visitas médicas, 23 visitas do nutricionista, 14 visitas do fonoaudiólogo, 25 visitas do terapeuta ocupacional, 40 visitas do enfermeiro, 100 visitas da equipe técnica de enfermagem, 57 visitas da fisioterapia e três visitas do assistente social. A equipe ainda realiza atendimento interno aos cuidadores e familiares do paciente concernente a orientações gerais, entrega de materiais e insumos, agendamento de visitas domiciliares e substituição de receitas médicas.

Os cuidadores são pessoas que auxiliam o paciente em domicílio em suas necessidades e atividades de vida diária e são parceiros da equipe multiprofissional do NRAD/RSS. Quando o mesmo recebe remuneração para exercer tal cuidado é denominado cuidador formal. Cuidador informal é a pessoa, com ou sem vínculo familiar, que não recebe remuneração para auxiliar o paciente em suas necessidades e, geralmente, não é capacitado profissionalmente para o cuidado. A proporção de pacientes acompanhados

em domicílio pelo NRAD/RSS por cuidador informal é de 80,20% (n=780) e apenas 19,80% (n=193) são atendidos por cuidador formal.

## 5.2 População de estudo e *status* dos pacientes no programa

Foi estudado o universo de pacientes admitidos de 01 de junho de 2003 a 30 de junho de 2010. No período foram admitidos 1029 pacientes. Não entraram para análise final 20 prontuários utilizados no teste piloto e que continham vários dados ausentes, 26 prontuários que apresentavam danos físicos e dez prontuários com ilegibilidade dos dados, o que inviabilizou a consulta, totalizando 56 perdas (5,44%).

A população final do estudo foi, então, de 973 pacientes, sendo 77,08% de pacientes idosos (60 anos e mais).

A distribuição dos 973 pacientes segundo o ano de admissão no NRAD/RSS entre junho de 2003 e junho de 2010 está apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes segundo ano de admissão na atenção domiciliar. Sobradinho-DF- 2003 a 2010\*

Ano	Pacientes
2003	75
2004	173
2005	165
2006	138
2007	124
2008	128
2009	126
2010	44

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

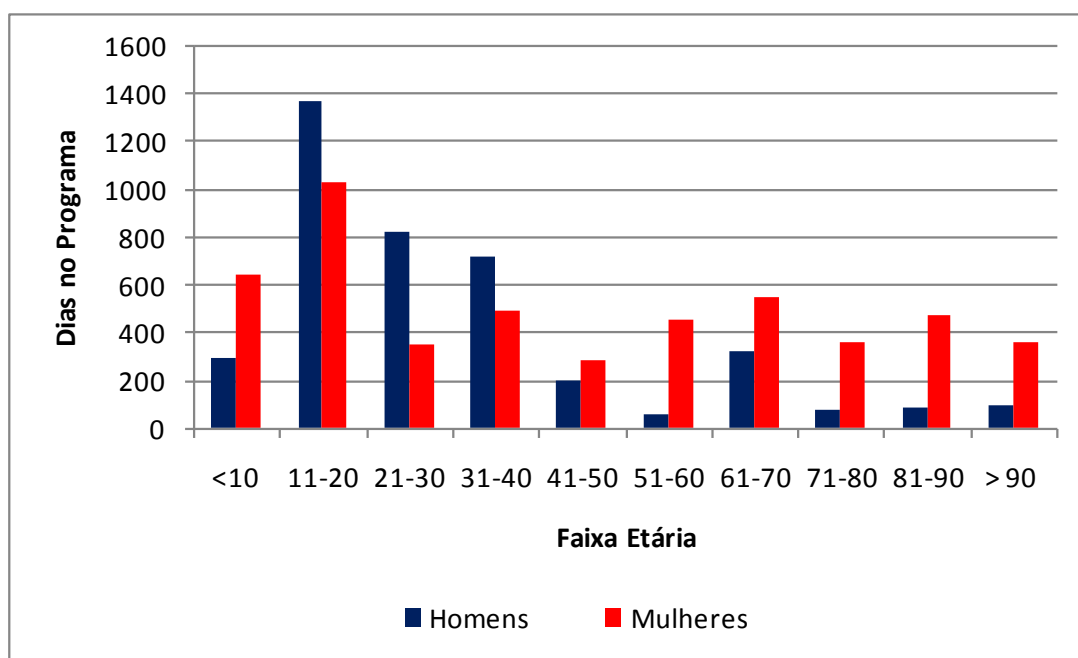
Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

Dos 973 pacientes pesquisados, 243 permaneceram ativos no programa até 30 de junho de 2010 (25,00%), 299 tiveram alta com melhora clínica (30,70%) e 431 foram a óbito (44,30%).

O tempo mediano de acompanhamento foi de 12,23 meses, o que corresponde a 367 dias, considerando-se para os ativos, a data de 30 de junho de 2010. As mulheres apresentaram um tempo mediano de acompanhamento de 443 dias o que corresponde a 14,76 meses, e os homens, de 331 dias o que corresponde a 11,03 meses. Os homens

apresentaram maior tempo mediano de acompanhamento na faixa etária de 11 a 40 anos (Figura 5). O tempo máximo de acompanhamento foi de 84,90 meses.

Os pacientes que receberam alta do programa tiveram uma permanência maior (mediana de 24,20 meses) do que aqueles que se encontravam ativos até junho de 2010 (mediana de 23,17 meses) ou que foram a óbito (mediana de 7 meses) (Teste de Mann-Whitney -  $p < 0,001$ ). Até os 30 anos, a frequência de óbitos foi baixa e a proporção de ativos e altas foi praticamente a mesma. Na faixa etária entre 31 e 40 anos houve um aumento brusco do número de óbitos ( $n=20$ ), e reduzido número de pacientes ativos ( $n=5$ ). Sessenta por cento dos óbitos nesta faixa foram por neoplasia ( $n=12$ ). A partir de 51 anos, mantêm-se a tendência de aumento proporcional de óbitos em relação às altas (Figura 6).

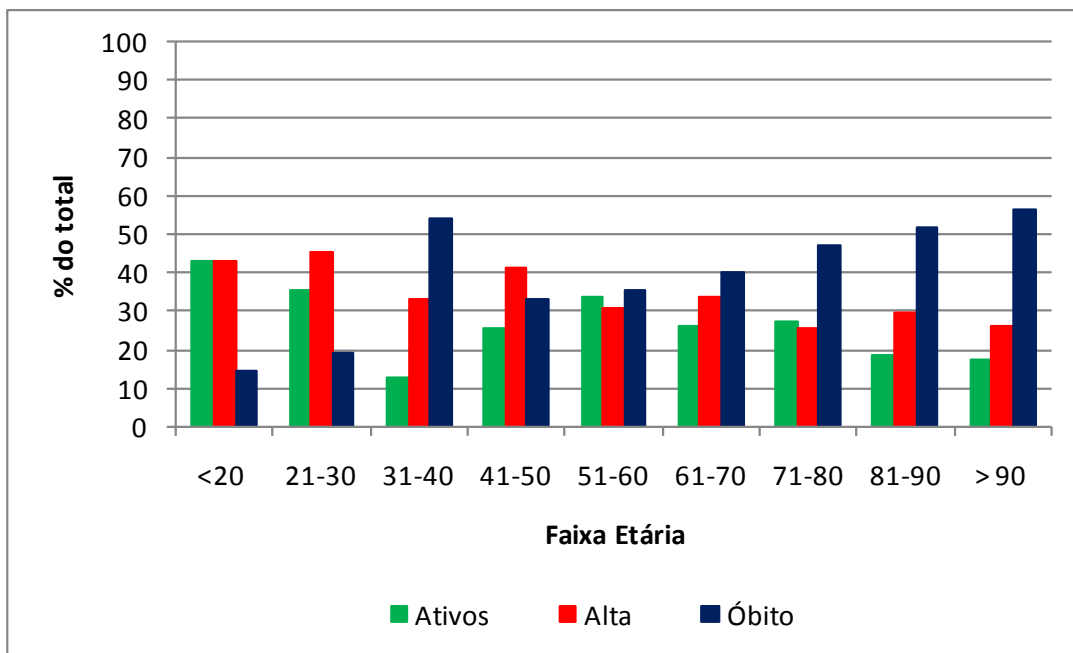


Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 5** - Distribuição dos pacientes segundo tempo mediano de permanência na atenção domiciliar por sexo e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*



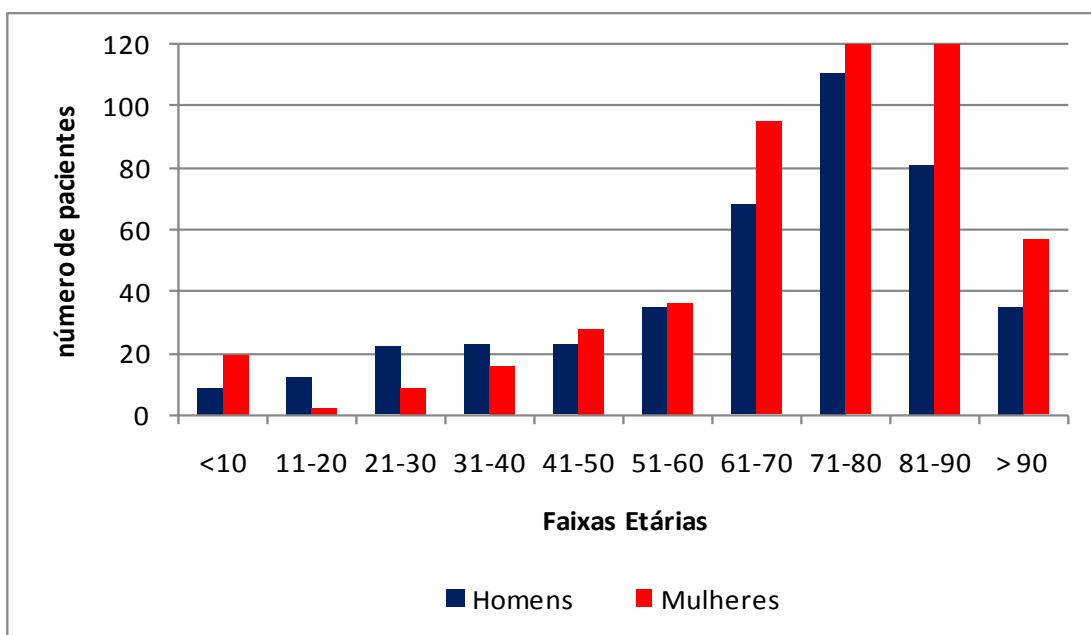


Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 6** - Pacientes na atenção domiciliar, segundo *status* no programa e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

### 5.3 Caracterização demográfica dos pacientes

Considerando a idade dos pacientes no momento de admissão no NRAD/RSS, a maioria possuía mais de 60 anos. A mediana das idades foi 74 anos e a moda 79 anos, sendo 419 pacientes do sexo masculino (43,10%) e 554 do sexo feminino (56,90%), com mediana de 72 anos para os homens e de 77 anos para as mulheres (Teste de Mann-Whitney  $p < 0,001$ ). A frequência por faixa etária e sexo está apresentada na Figura 7.



Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS.

**Figura 7** - Distribuição dos pacientes admitidos na atenção domiciliar por sexo e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Houve registro de “sem grau de instrução” para 419 pacientes (43,10%). Do restante, 359 (36,90%) declararam-se como alfabetizados, 142 (14,60%) com 1º grau completo, 35 (3,60%) com 2º grau completo, três (0,30%) com 1º grau incompleto, um (0,10%) com 2º grau incompleto e apenas 14 (1,40%) com curso superior.

#### 5.4 Perfil clínico dos pacientes

A Tabela 3 apresenta a frequência dos diagnósticos dos pacientes, quando da admissão no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS, por sistema fisiológico afetado. Os acidentes vasculares encefálicos (AVE) e as neoplasias representaram quase a metade dos diagnósticos (47,48%) de entrada. Os demais diagnósticos distribuem-se pelos distúrbios de outros sistemas orgânicos.

As doenças correspondentes aos grupos de diagnóstico encontram-se no Apêndice 2.

**Tabela 3** - Distribuição dos diagnósticos de entrada dos pacientes segundo sistema fisiológico afetado. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

<b>Diagnóstico**</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Acidente vascular encefálico (AVE)</b>	278	28,57
<b>Neoplasia</b>	184	18,91
<b>Afecções do sistema neurológico</b>	95	9,76
<b>Demência</b>	92	9,46
<b>Afecções do sistema osteomuscular</b>	78	8,02
<b>Afecções do sistema cardiovascular</b>	74	7,61
<b>Afecções do sistema respiratório</b>	61	6,27
<b>Afecções do sistema endocrinológico</b>	51	5,24
<b>Trauma</b>	26	2,67
<b>Afecções do sistema gastrointestinal</b>	10	1,03
<b>Afecções do sistema genitourinário</b>	8	0,82
<b>Doenças infecciosas</b>	7	0,72
<b>Afecções do sistema hematológico</b>	5	0,51
<b>Afecções do sistema tegumentar</b>	4	0,71
<b>Total</b>	<b>973</b>	<b>100,00</b>

Notas:

\* junho de 2003 a junho de 2010

\*\* As doenças correspondentes ao diagnóstico encontram-se no apêndice 2.

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

Apesar do AVE e da Demência afetarem o sistema neurológico, foram destacadas separadamente na lista dos diagnósticos (Tabela 3), em razão do volume de casos; quando considerados no conjunto dos diagnósticos do sistema neurológico, este sistema responde por 47,79% das causas de admissão.

Em relação às neoplasias, a frequência foi ligeiramente maior nas mulheres (Tabela 4). As neoplasias de mama, útero e ovário, exclusivas das pacientes femininas, representaram 41,85% do total, e as neoplasias de próstata, exclusivas dos pacientes masculinos, 19,02%. Foram identificados no estudo três casos de neoplasia de bexiga (1,63%), três casos de neoplasia de pâncreas (1,63%), três casos de neoplasia de rim (1,63%), dois casos de neoplasia de laringe (1,09), um caso de neoplasia de boca (0,54%), um de neoplasia de peritônio (0,54%), um de neoplasia de tireóide (0,54%) e um de vias biliares (0,54%), somente no sexo masculino.

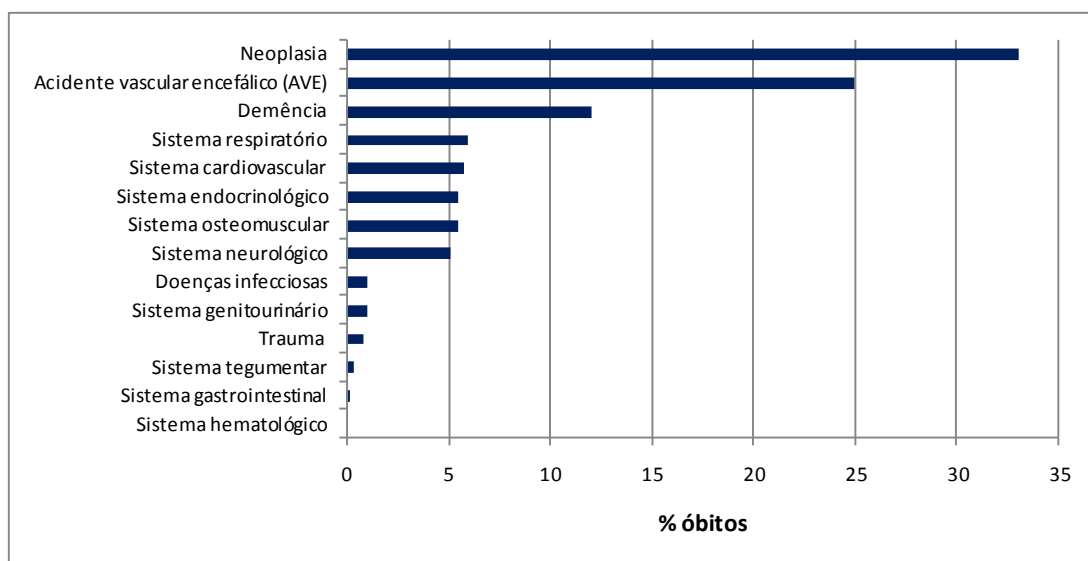
**Tabela 4** - Distribuição dos diagnósticos de neoplasia segundo órgão afetado e sexo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Neoplasias	Homens	Mulheres	Total	%
Mama	-	44	44	23,91
Próstata	35	-	35	19,02
Útero	-	25	25	13,59
Reto	11	10	21	11,41
Pulmão	17	1	18	9,78
Estômago	8	4	12	6,52
Ovário	-	8	8	4,35
Pele	4	2	6	3,26
Bexiga	3	0	3	1,63
Pâncreas	3	0	3	1,63
Rim	3	0	3	1,63
Laringe	2	0	2	1,09
Boca	1	0	1	0,54
Peritônio	1	0	1	0,54
Tireóide	1	0	1	0,54
Vias biliares	1	0	1	0,54
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>94</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
<b>% Total de neoplasias</b>	<b>48,91</b>	<b>51,09</b>		

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

A maior frequência de óbitos ocorreu entre os pacientes diagnosticados com neoplasia, 140 casos (32,48%) (Figura 8). A frequência de óbitos por neoplasia segundo órgão afetado foi - 32 casos (7,42%) de próstata, 30 casos (6,96%) de mama, 17 casos (3,94%) de útero, 15 casos (3,48%) de reto, 12 casos (2,78%) de estômago, 12 casos (2,78%) de pulmão, sete casos (1,62%) de ovário, quatro casos (0,93%) de pele, três casos (0,67%) de bexiga e pâncreas, um caso (0,23%) de laringe, peritônio, rim, tireóide ou vias biliares.



Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010.  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar.

**Figura 8** - Distribuição de óbitos na atenção domiciliar segundo diagnóstico de admissão. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Para o detalhamento da clínica e observação de diferenças entre os diagnósticos por fase da vida, serão apresentados os diagnósticos de entrada e a evolução clínica para os seguintes grupos populacionais - de 0 a 15 anos; de 16 a 30 anos; de 31 a 59 anos; e a partir dos 60 anos.

Foram atendidas 33 crianças e adolescentes até 15 anos pelo programa NRAD/RSS (3,39%), sendo 13 homens e 20 mulheres. A mediana das idades foi 4 anos. Vinte e uma crianças/adolescentes (63,64) tiveram diagnóstico de afecções do sistema neurológico (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição de pacientes na faixa etária até 15 anos, segundo diagnósticos de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Diagnóstico**	N	%
<b>Afecções do sistema neurológico</b>	21	63,64
<b>Afecções do sistema osteomuscular</b>	6	18,18
<b>Afecções do sistema cardiovascular</b>	3	9,09
<b>Afecções do sistema gastrointestinal</b>	2	6,06
<b>Doenças infecciosas</b>	1	3,03
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>

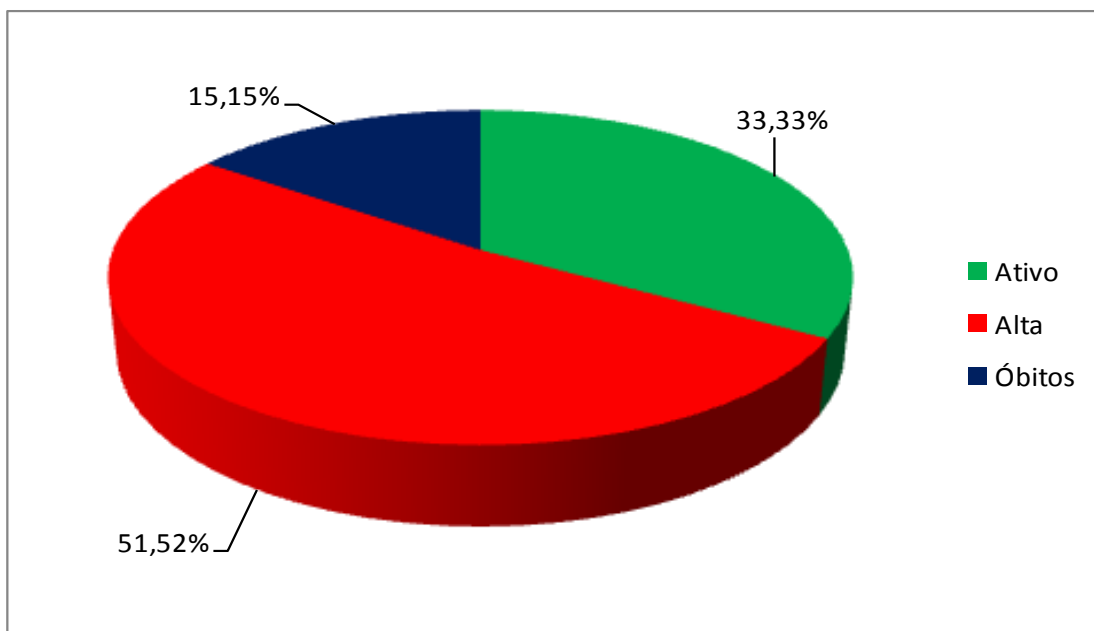
Notas:

\* junho de 2003 a junho de 2010

\*\* As doenças correspondentes ao diagnóstico encontram-se no apêndice 2

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

O tempo mediano de permanência dos pacientes com até 15 anos de idade no serviço foi de 526 dias (17,53 meses). Ocorreram cinco óbitos (15,15%) (Figura 9).



Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010.  
Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS.

**Figura 9** - Distribuição de pacientes até 15 anos na atenção domiciliar segundo *status* no programa em Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

A maioria é atendida por cuidadores informais (90,91%), geralmente representados pelas mães, e apenas três pacientes são atendidos por cuidadores formais, respectivamente com idades de 1, 3 e 5 anos, sendo os dois primeiros com diagnóstico de distrofia muscular e o último com seqüela neurológica de paralisia cerebral. O grau de dependência (AVD) também é alto entre esses pacientes - 29 (87,88%) apresentaram graus de 3 a 5, e destes, aproximadamente, 23 (70,00%) com dependência total (grau 5).

Na faixa etária de 16 a 30 anos foram atendidos 40 pacientes pelo NRAD/RSS (4,11%), 30 homens e 10 mulheres. A mediana das idades foi 25 anos. O tempo mediano de permanência no programa foi 887 dias (29,56 meses). Ocorreram sete óbitos (17,50%), 15 altas (37,50%) e 18 pacientes (45,00%) permaneceram ativos no programa até 30 de junho de 2010. As

maiores frequências de diagnóstico, em ordem decrescente, foram – 18 pacientes (45,00%) com afecções do sistema neurológico, sete pacientes (17,50%) com seqüelas de trauma, seis pacientes (15,00%) com afecções do sistema osteomuscular, três pacientes (7,50%) com neoplasia, dois pacientes (5,00%) com AVE, dois pacientes com afecções do sistema endocrinológico, um paciente (2,50%) com afecção do sistema cardiovascular (cardiopatia) e um paciente (2,50%) com afecção do sistema hematológico (anemia falciforme).

A maioria dos pacientes (n=36) é atendida por cuidadores informais (90,00%) e apenas quatro (10,00%) por cuidadores formais. O grau de dependência (AVD) é alto entre os pacientes nesta faixa etária – 36 pacientes (90,00%) apresentaram graus de 3 a 5, destes, 16 (40,00%) com dependência total (grau 5).

Na faixa etária de 31 a 59 anos foram atendidos 150 pacientes pelo NRAD/RSS (15,42%), 75 homens e 75 mulheres. A mediana das idades foi 47 anos. O tempo mediano de permanência dos pacientes desta faixa etária foi 414 dias (13,80 meses). Ocorreram 56 óbitos (37,33%), 55 altas (36,67%) e 39 pacientes (26,00%) permaneceram ativos no programa até 30 de junho de 2010. As maiores frequências de diagnóstico, em ordem decrescente, foram – 47 pacientes (31,33%) com neoplasia, 31 pacientes (20,67%) com AVE, 18 pacientes (12,00%) com afecções do sistema neurológico, 14 pacientes (9,33%) com afecções do sistema osteomuscular e oito pacientes (5,33%) com afecções do sistema respiratório.

A maioria dos pacientes (n=143) é atendida por cuidadores informais (95,34%) e apenas sete (4,66%) por cuidadores formais. O grau de dependência (AVD) é alto entre os pacientes nesta faixa etária – 138 (92,00%) pacientes apresentaram graus de 3 a 5, destes, 45 (30,00%) com dependência total (grau 5).

Foram atendidos 750 pacientes idosos (60 anos e mais) pelo NRAD/RSS (77,08%), 301 homens e 449 mulheres. A mediana das idades foi 79 anos. O tempo mediano de permanência no programa foi 358 dias (11,93 meses). Houve registro de “sem grau de instrução” para 358

pacientes (47,70%). Do restante, 322 (42,90%) declararam-se como alfabetizados, 56 (7,50%) com 1º grau completo, oito (1,10%) com 2º grau completo e seis (0,80%) com curso superior. Ocorreram 363 óbitos (48,40%), 212 altas (28,27%) e 175 pacientes (23,33%) permaneceram ativos no programa até 30 de junho de 2010. Duzentos e quarenta e quatro (32,53%) tiveram diagnóstico de AVE (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição de pacientes na faixa etária de 60 anos e mais, segundo diagnóstico de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

<b>Diagnóstico**</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>AVE</b>	244	32,53
<b>Neoplasia</b>	134	17,87
<b>Demência</b>	90	12,00
<b>Afecções do sistema cardiovascular</b>	64	8,53
<b>Afecções do sistema respiratório</b>	53	7,07
<b>Afecções do sistema osteomuscular</b>	52	6,93
<b>Afecções do sistema endocrinológico</b>	44	5,87
<b>Afecções do sistema neurológico</b>	39	5,20
<b>Trauma</b>	14	1,87
<b>Afecções do sistema gastrointestinal</b>	7	0,93
<b>Afecções do sistema geniturinário</b>	7	0,93
<b>Afecções do sistema tegumentar</b>	2	0,27
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>100,00</b>

Notas:

\* Junho de 2003 a junho de 2010

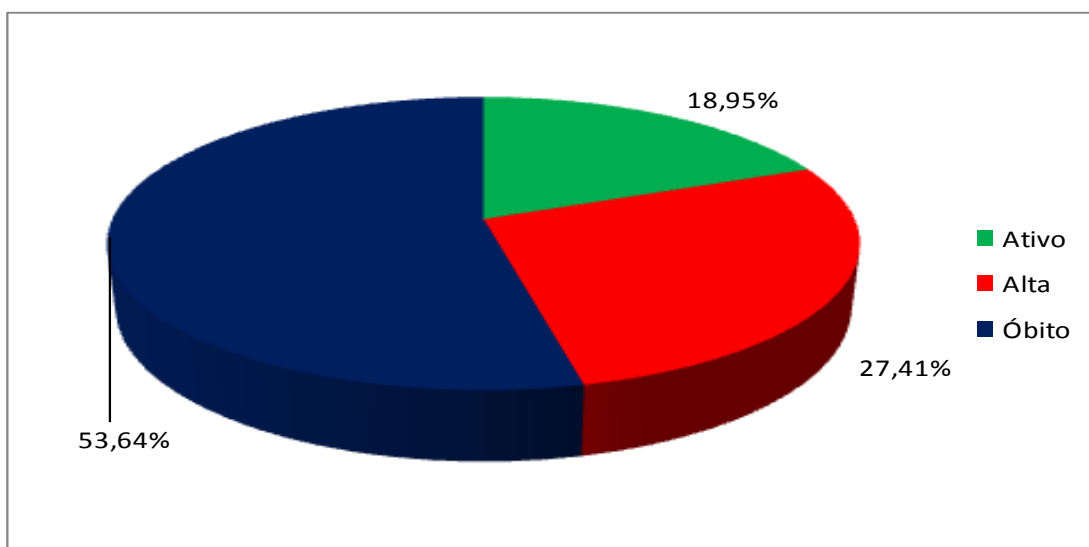
\*\* As doenças correspondentes ao diagnóstico encontram-se no apêndice 2

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

Entre os idosos, 571 (76,13%) foram acompanhados por cuidadores informais e 179 (23,87%) por cuidadores formais. O grau de dependência (AVD) também foi alto entre esses pacientes – 729 (97,20%) apresentaram graus de 3 a 5, e destes, 357 (47,60%) tinham dependência total (grau 5).

Dos 750 idosos apresentados no estudo, 343 pacientes (45,73%), têm idade acima de 80 anos, com mediana de 86 anos. O tempo mediano de permanência destes pacientes foi 425 dias (14,17 meses). Mais da metade, 184 (53,64%), evoluíram para óbito (Figura 10). Cento e cinco pacientes (30,61%) tiveram diagnóstico de AVE (Tabela 7).





Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 10** - Distribuição de pacientes com idades acima de 80 anos na atenção domiciliar segundo *status* no programa. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

**Tabela 7** - Distribuição dos pacientes com idades acima de 80 anos, segundo diagnóstico de entrada na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Diagnóstico**	N	%
<b>AVE</b>	105	30,61
<b>Demência</b>	63	18,37
<b>Neoplasia</b>	47	13,71
<b>Afecções do sistema cardiovascular</b>	40	11,66
<b>Afecções do sistema endocrinológico</b>	23	6,71
<b>Afecções do sistema osteomuscular</b>	21	6,12
<b>Afecções do sistema respiratório</b>	18	5,25
<b>Afecções do sistema neurológico</b>	14	4,08
<b>Trauma</b>	8	2,33
<b>Afecções do sistema geniturinário</b>	2	0,58
<b>Afecções do sistema gastrointestinal</b>	1	0,29
<b>Afecções do sistema tegumentar</b>	1	0,29
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>100,00</b>

Notas:

\* junho de 2003 a junho de 2010

\*\* As doenças correspondentes ao diagnóstico encontram-se no apêndice 2

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

Entre os idosos acima de 80 anos, 198 pacientes (57,73%) foram acompanhados por cuidadores informais e 145 (42,27%) por cuidadores formais. Como esperado, o grau de dependência (AVD) foi alto entre esses

pacientes – 336 (97,96%) apresentaram graus de 3 a 5, e destes, 200 (58,30%) com dependência total (grau 5).

#### 5.4.1 Doenças infecciosas

O grupo das doenças infecciosas (DI) esteve pouco representado entre os diagnósticos de admissão dos pacientes, com apenas sete casos (0,72%), mas 394 casos (Tabela 8) foram diagnosticados secundariamente com alguma DI (40,50%).

**Tabela 8** - Distribuição dos diagnósticos de doenças infecciosas, segundo o tipo de infecção. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

<b>Doenças Infecciosas (DI)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sem infecção</b>	579	59,50
<b>Infecção do trato urinário (ITU)</b>	198	20,30
<b>Pneumonia (PN)</b>	96	9,90
<b>Ferida infectada (FI)</b>	59	6,10
<b>ITU + FI</b>	26	2,70
<b>PN + FI</b>	4	0,40
<b>ITU + PN + FI</b>	11	1,10
<b>Total</b>	<b>973</b>	<b>100,00</b>

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010.

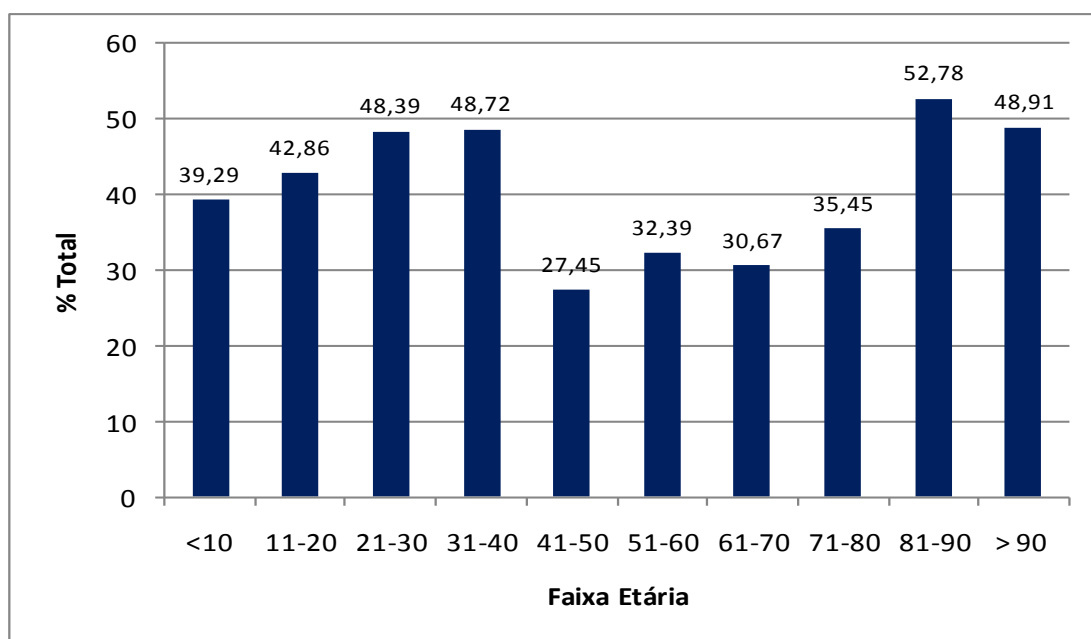
Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS.

Entre as DI, as infecções do trato urinário foram as mais frequentes, com 198 casos (50,25%), afetando em maior número as mulheres – 175 casos (88,38%), com mediana das idades de 80 anos (homens, 23 casos – 11,62% – com mediana de 76 anos). As pneumonias foram a segunda DI mais diagnosticada, com 96 casos (24,37%), com maior frequência entre os homens – 72 casos (75,00%), com mediana das idades de 81 anos (mulheres, 24 casos -25,00% – mediana de 61 anos). As feridas infectadas foram diagnosticadas em 59 casos (14,97%), havendo pouca diferença entre os sexos – 31 casos (52,54%) entre as mulheres, com mediana de 78 anos e 28 casos (47,46%) entre os homens, com mediana de 60 anos. A presença simultânea de duas ou três DI foi identificada em 41 casos (10,41%), novamente sendo mais comum entre as mulheres (58,54%) com mediana de 68 anos de idade (homens – mediana de 61 anos). A frequência

de casos de DI diagnosticadas concomitantemente foi – 26 casos (6,60%) de ITU e FI; quatro casos (1,01%) de PN e FI e 11 casos (2,80%) de ITU, PN e FI.

Do total de cuidadores formais apresentados no estudo, mais da metade (51,81% / n=100), acompanharam os pacientes que apresentaram diagnóstico de DI e apenas 37,69% do total de cuidadores informais (n=294) dedicaram-se a esse tipo de paciente.

Nos casos estudados, houve uma maior frequência do diagnóstico de doença infecciosa nos pacientes até 40 anos e naqueles mais de 81 anos, e os pacientes com mais de 90 anos apresentaram uma frequência menor (48,91%) do que aqueles entre 81 e 90 anos (52,78%) (Figura 11).



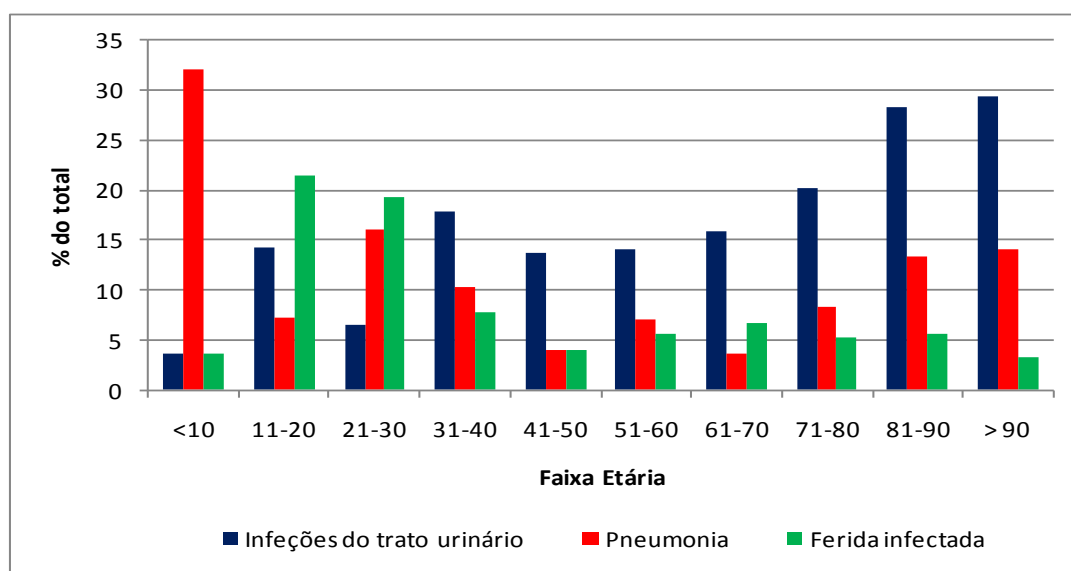
Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 11** - Distribuição percentual dos pacientes com doença infecciosa segundo faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Considerando, separadamente, as infecções do trato urinário, pneumonia e feridas infectadas houve diferenças na distribuição segundo a faixa etária dos pacientes. Os dados estão apresentados na Figura 12, sendo excluídos os casos com diagnósticos múltiplos.

Para os pacientes com até 10 anos de idade, a pneumonia foi a DI mais freqüente. As infecções do trato urinário são menos frequentes nas faixas etárias iniciais e a partir dos 31 anos, tornou-se a mais freqüente em todas as faixas etárias. As pneumonias tiveram redução gradativa da freqüência até os 70 anos, quando o número de casos volta a ascender. Já as feridas infectadas aparecem com mais freqüência até os 30 anos.

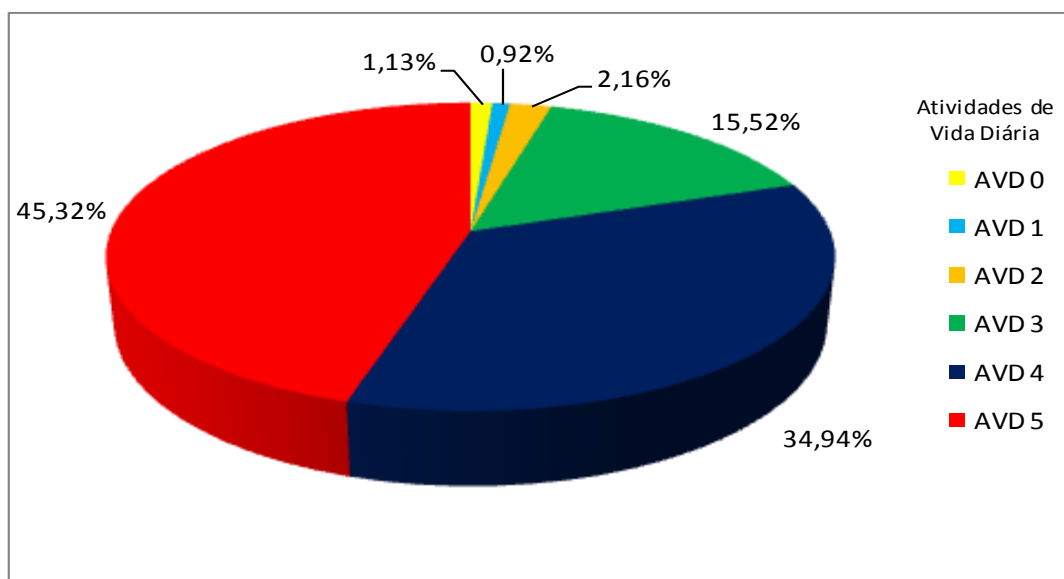
Do total de 431 óbitos registrados no período estudado, 40,60% foram de pacientes que apresentavam alguma DI.



Nota: \*junho de 2003 a junho de 2010.  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 12** - Distribuição de casos de doença infecciosa por faixa etária e tipo de infecção. Sobradinho-DF, 2003 a 2010

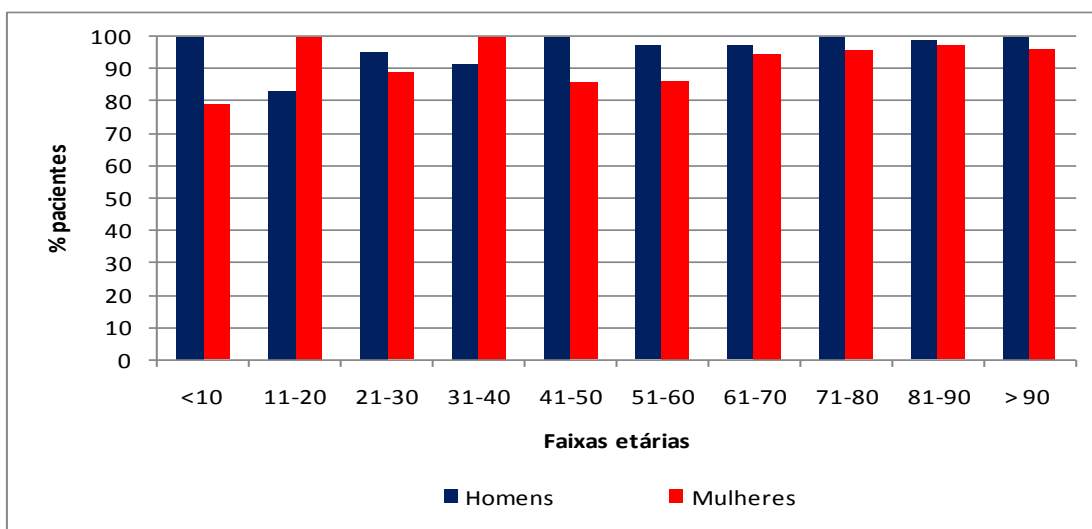
Com relação à escala de incapacidade funcional para as atividades da vida diária (AVD – Anexo 2), 95,70% dos pacientes encontravam-se entre os graus 3 a 5, que indicam a dependência de pelo menos uma pessoa para realização das AVD (Figura 13). As medianas de idade nestes graus são respectivamente – grau 3, mediana de 66 anos; grau 4, mediana de 74 anos e grau 5, mediana de 79 anos.



Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 13** - Distribuição de pacientes na atenção domiciliar por grau de dependência funcional. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Considerando-se os graus de 3 a 5, os homens apresentaram uma proporção de dependência maior do que as mulheres – 97,85% e 94,22%, respectivamente, em relação ao total de pacientes de cada sexo. Nas faixas etárias até 60 anos, as diferenças entre os sexos são mais marcadas, variando entre 6,57 pontos percentuais (21 a 30 anos – homens = 95,45%; mulheres = 88,89%) e 14,29 pontos percentuais (41 e 50 anos – homens = 100%; mulheres = 85,71%). A partir dessa idade, a maior diferença encontrada foi de 4,46 pontos percentuais, na faixa entre 71 e 80 anos (homens = 100%; mulheres = 95,54%). No entanto, em nenhum dos estratos citados, houve diferenças estatisticamente significativas, no nível de significância de 5%, quando comparadas as proporções relativas ao grau de dependência por sexo (Figura 14).



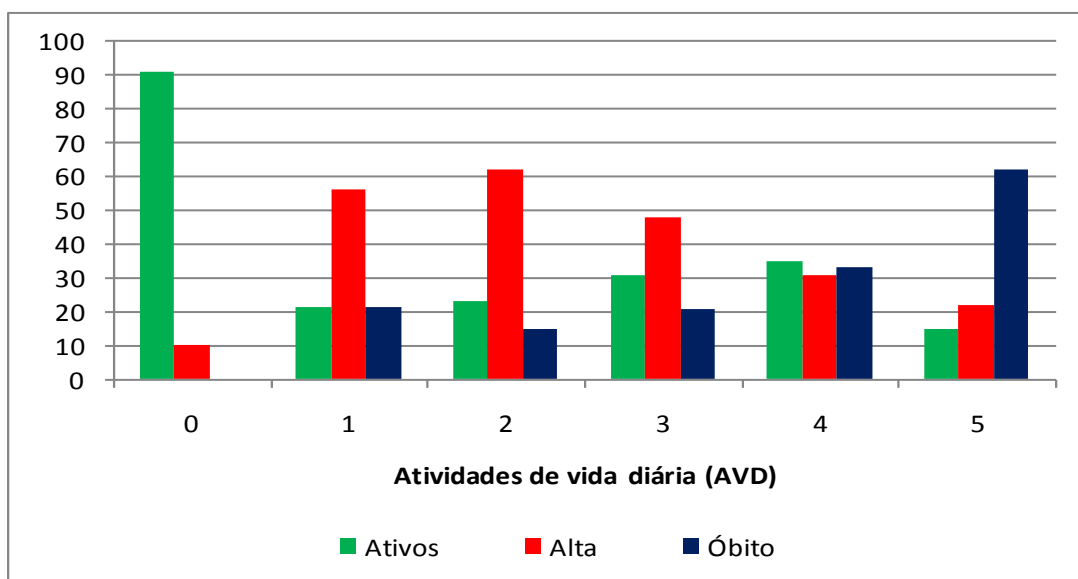
Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 14** - Distribuição de pacientes com alto grau de dependência (AVD 3 a 5) na atenção domiciliar, por sexo e faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Foram classificados com graus de dependência de 3 a 5, 565 pacientes (97,58%) sem DI, 185 pacientes (93,43%) com infecção do trato urinário, 90 pacientes (93,75%) com pneumonia, 54 pacientes (91,53%) com feridas infeccionadas e 38 pacientes (92,68%) dos pacientes com mais de uma DI, totalizando 932 pacientes com grau de dependência 3 a 5.

Quase dois terços (64,25%) dos cuidadores formais estão voltados para o atendimento a pacientes com AVD 5. Apesar disso, apenas 28,12% dos pacientes com esse grau de dependência recebem as atenções de cuidadores formais. Deve-se considerar, entretanto, que 98,45% dos cuidadores formais estão à serviço de pacientes com AVD 3 a 5, que são os que mais necessitam de cuidados especializados devido a sua imobilidade no leito e 95,13% dos cuidadores informais atendem esses pacientes.

Entre os 441 pacientes com AVD 5 (45,32%), o desfecho mais freqüente foi o óbito (Figura 15). O percentual alto (90,91%) de pacientes com AVD 0 e que continuam ativos é devido ao número reduzido de casos (n = 11). Com AVD 4, a frequência de evolução clínica foi praticamente igual – 116 pacientes ativos no programa (34,12%), 109 altas do programa (32,06%) e 115 óbitos (33,82%).



Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010.  
 Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Figura 15** - Distribuição de pacientes segundo o *status* e grau de incapacidade funcional na atenção domiciliar. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

## 5.5 Características do domicílio e dos serviços de controle ambiental

A Tabela 9 resume as características registradas quanto às residências dos pacientes atendidos pelo NRAD/RSS. A maioria das residências dos pacientes possui rede de água tratada – 720 (74,00%); coleta de esgoto – 715 (73,50%) e coleta formal de lixo – 935 (96,10%). Houve registro da presença de animais domésticos em 541 casos (55,60%); e 662 pacientes (68,00) usam quarto individual.

Animais domésticos nos domicílios estiveram presentes em 160 residências (75,13%) dos pacientes diagnosticados com infecções do trato urinário, em 63 residências (65,63%) dos casos com pneumonia, em 42 residências (71,19%) dos casos de feridas infectadas e em 31 residências (75,61%) dos casos de infecções concomitantes. Entre pacientes sem infecção houve a presença de animais domésticos em domicílio em 245 residências (42,31%).

Dos pacientes diagnosticados com DI (ITU, PN, FI ou associação entre elas), 193 (49,24%) usam quartos individuais e 201 pacientes (50,76%)

usam quartos coletivos. Para os pacientes sem DI essas frequências são, respectivamente, de 469 pacientes (80,83%) e 110 pacientes (19,17%).

**Tabela 9** - Distribuição dos pacientes na atenção domiciliar por características ambientais e de domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Serviços de controle ambiental</b>		
<b>Água</b>		
Rede pública	720	74,00
Poço artesiano	232	23,80
Outros	21	2,20
<b>Esgoto</b>		
Rede pública	715	73,50
Fossa aberta	3	0,30
Fossa fechada	253	26,00
Outros	2	0,20
<b>Lixo</b>		
Coleta pública	935	96,10
Queimado	19	2,00
Céu aberto	7	0,70
Aterro	0	0,00
Outros	12	1,20
<b>Características do domicílio</b>		
<b>Presença de animais domésticos</b>		
Sim	541	55,60
Não	432	44,40
<b>Acomodação do paciente</b>		
Quarto individual	662	68,00
Quarto coletivo	311	32,00

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010.

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

## 5.6 Análise de sobrevivência

A variável dependente de interesse utilizada para esta análise foi a sobrevivência. Considerou-se sobrevivência, no presente estudo, o tempo transcorrido entre a entrada do paciente na atenção domiciliar até o desfecho do seu óbito. A cada 6 meses, foram estimadas, pelo método da tábua de vida, as frequências de óbitos para se obter a probabilidade acumulada de sobrevivência. O tempo mediano de sobrevivência foi 34,77 meses (Tabela 10).



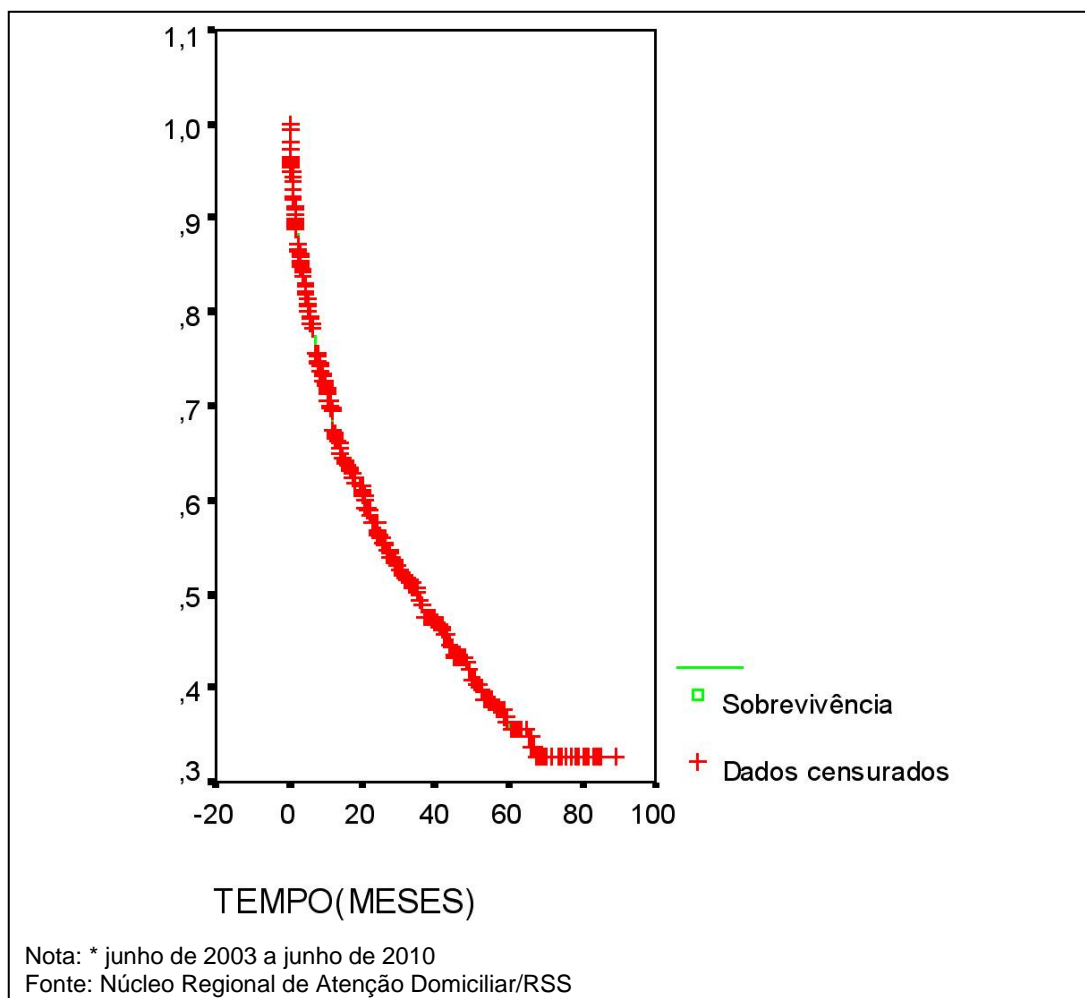
**Tabela 10** - Probabilidade de sobrevivência dos pacientes na atenção domiciliar.  
Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Meses após a admissão	N	Nº Óbitos	Censuras	Probabilidade condicional de morte	Probabilidade condicional de sobrevivência	Probabilidade acumulada de sobrevivência
<b>0</b>	973	0	0	0.0000	1.0000	1.0000
<b>6</b>	973	193	124	0.1984	0.8016	0.8016
<b>12</b>	656	91	76	0.1387	0.8613	0.6904
<b>18</b>	489	38	33	0.0777	0.9223	0.6368
<b>24</b>	418	33	38	0.0789	0.9211	0.5865
<b>30</b>	347	24	46	0.0692	0.9308	0.5459
<b>36</b>	277	17	54	0.0614	0.9386	0.5124
<b>42</b>	206	10	56	0.0485	0.9515	0.4876
<b>48</b>	140	8	34	0.0571	0.9429	0.4597
<b>54</b>	98	9	21	0.0918	0.9082	0.4175
<b>60</b>	68	5	14	0.0735	0.9265	0.3868
<b>66</b>	49	1	12	0.0204	0.9796	0.3789
<b>72</b>	36	2	11	0.0556	0.9444	0.3578
<b>78</b>	23	0	10	0.0000	1.0000	0.3578
<b>84</b>	13	0	11	0.0000	1.0000	0.3578

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

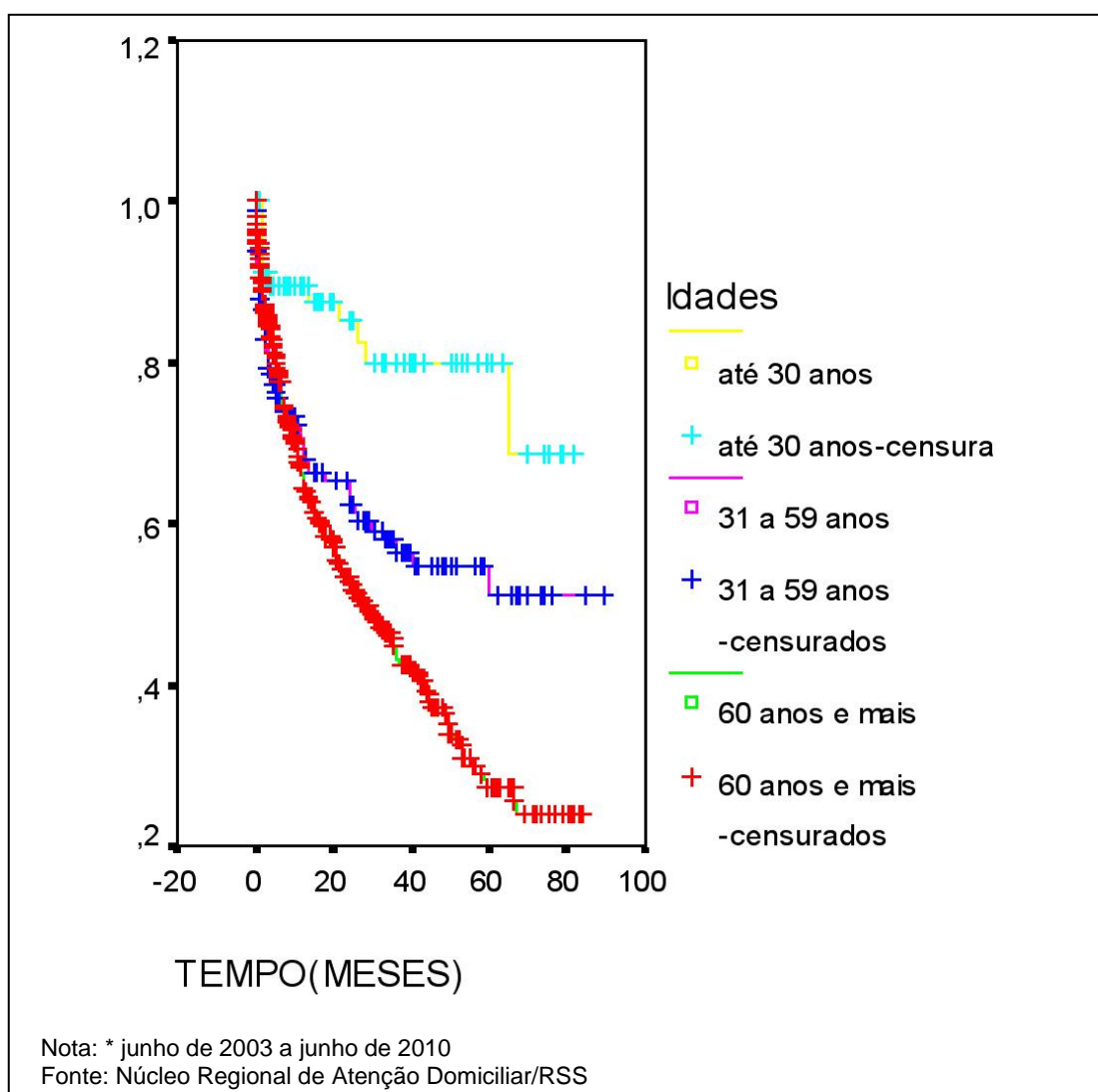
Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

Segundo os intervalos considerados na tábua de vida, aos 6 meses de acompanhamento na atenção domiciliar, a probabilidade de sobrevivência foi de 80,16%. Aos 24 meses esta probabilidade foi de 58,65%, com cinco anos de acompanhamento domiciliar, a probabilidade de sobrevivência foi de 38,68% e ao fim do período de observação foi de 35,78%. A curva de sobrevivência, estimada pelo método de Kaplan-Meier, está demonstrada na Figura 16.



**Figura 16** - Curva de sobrevivência estimada pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar, por tempo de permanência no programa. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

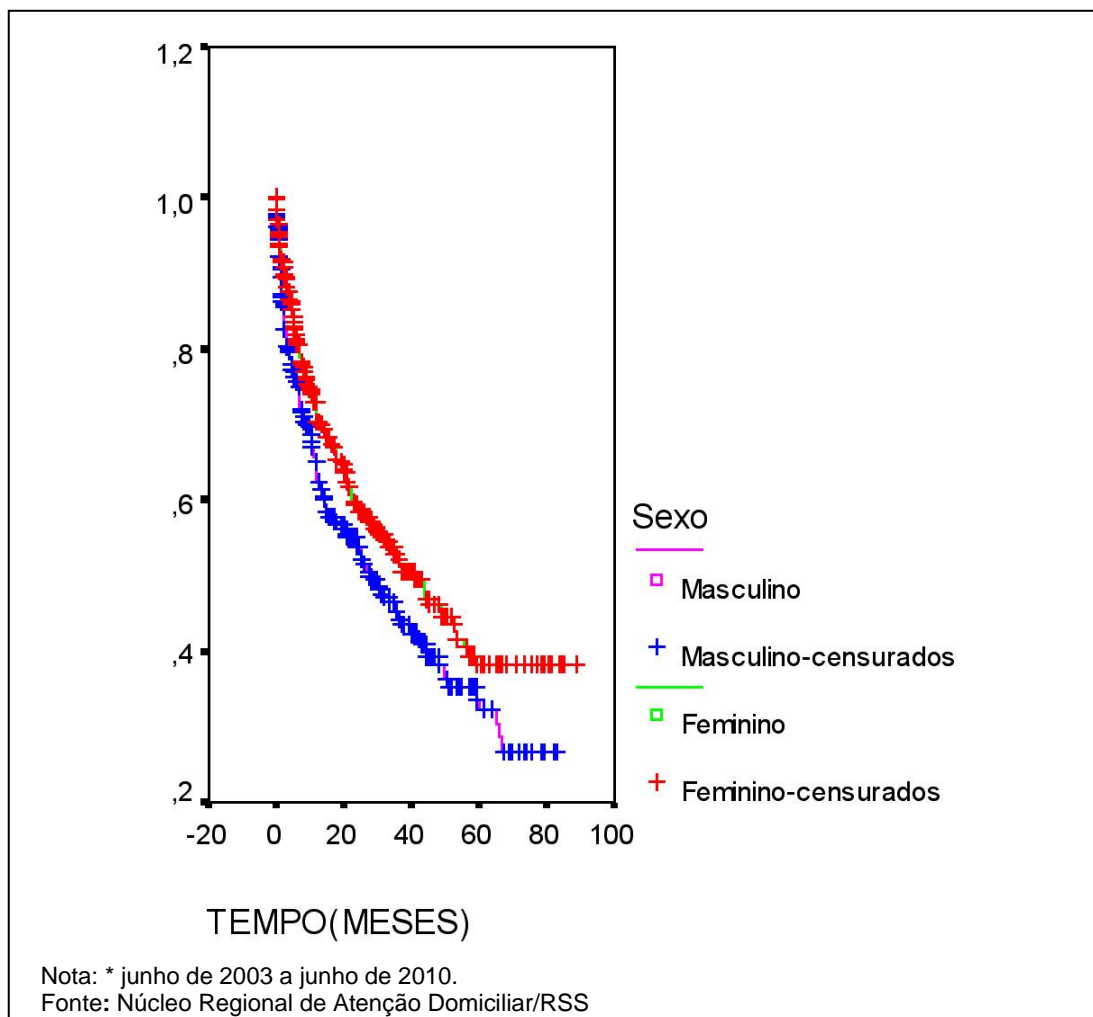
A probabilidade de sobrevivência dos pacientes foi comparada segundo idade, considerando-se um grupo de jovens (até 30 anos), outro de adultos (31 a 59 anos) e outro de idosos (60 anos e mais) (Figura 17).



**Figura 17** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo faixa etária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

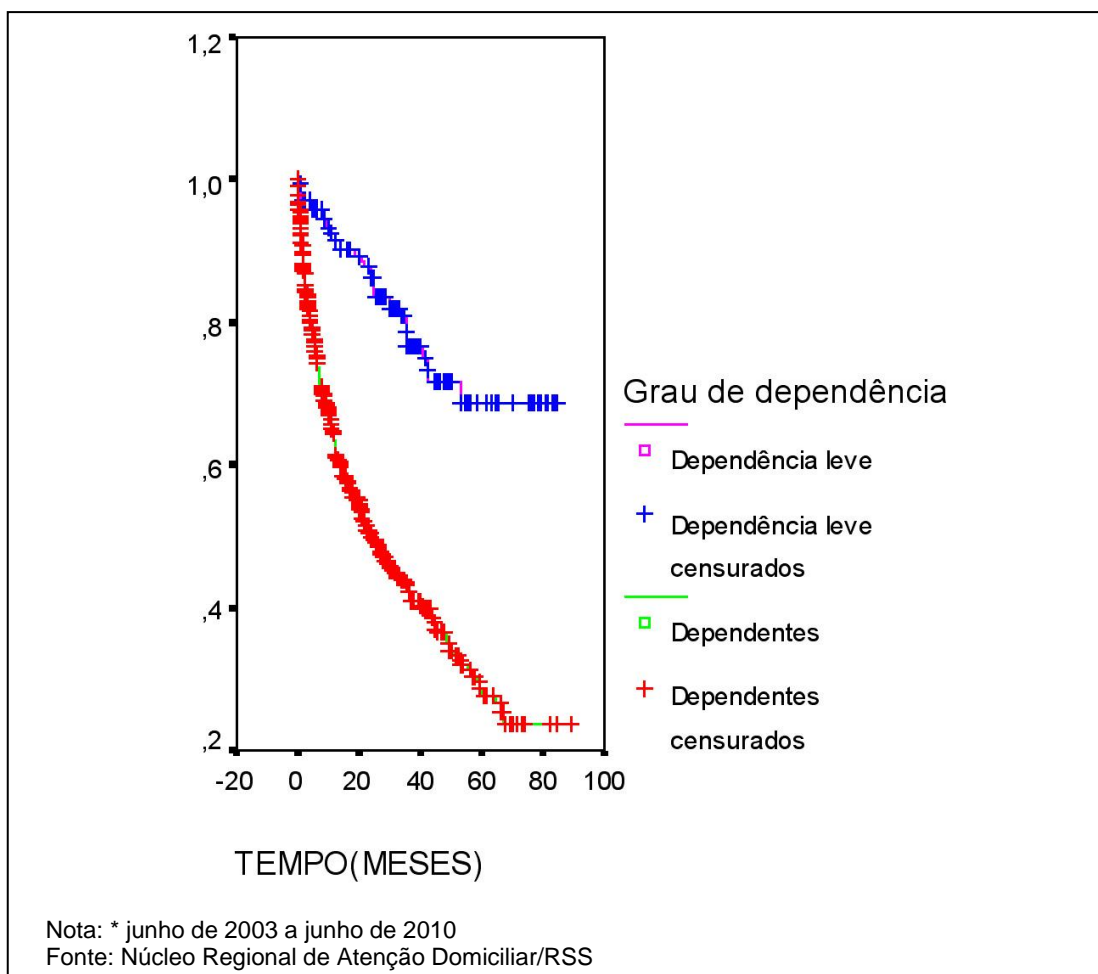
As três curvas apresentam tendência semelhante, reduzindo-se a probabilidade de sobrevivência com o aumento do tempo de permanência no programa, no entanto, a probabilidade de sobrevivência foi maior para os pacientes mais novos (Teste de Log-Rank  $p < 0,0001$  e teste de Breslow  $p = 0,0003$ ).

Comparou-se a probabilidade de sobrevivência de acordo com o sexo. As curvas de sobrevivência comparadas estimaram que os pacientes do sexo masculino têm uma probabilidade de sobrevivência menor do que os pacientes do sexo feminino (Teste de Log-Rank  $p = 0,010$  e Teste de Breslow  $p = 0,007$ ) (Figura 18).



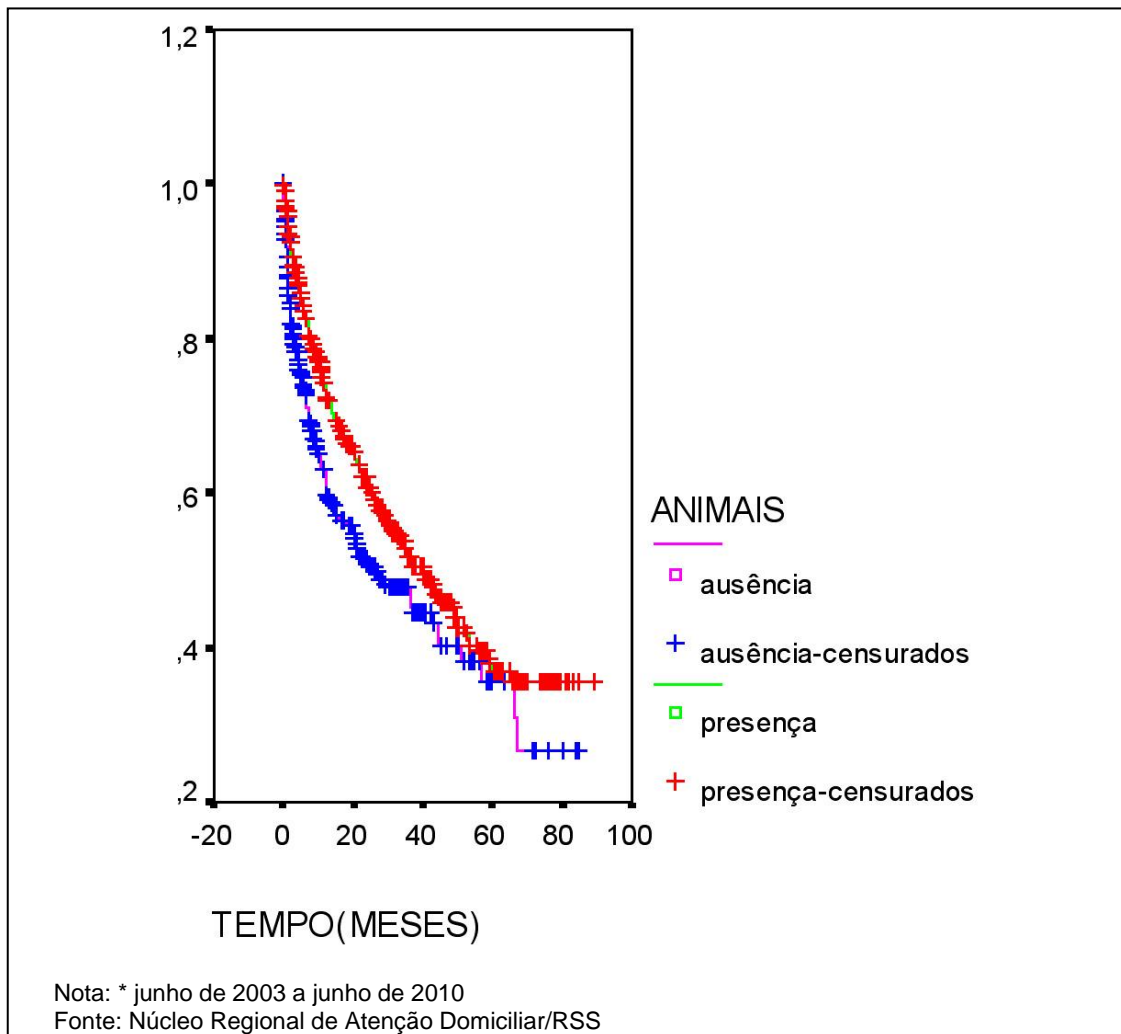
**Figura 18** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo sexo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Comparou-se também a probabilidade de sobrevivência segundo o grau de dependência funcional para as atividades de vida diária (escala de AVD). Os casos foram divididos em dois grupos – pacientes com dependência leve (AVD=0,1,2) e pacientes dependentes (AVD=3,4,5). As curvas de sobrevivência comparadas estimaram que os pacientes com dependência leve têm uma probabilidade de sobrevivência maior do que os pacientes com uma maior dependência ou dependentes totais. Teste de Log- Rank  $p=0,0001$  e Teste de Breslow  $p=0,0001$  (Figura 19).

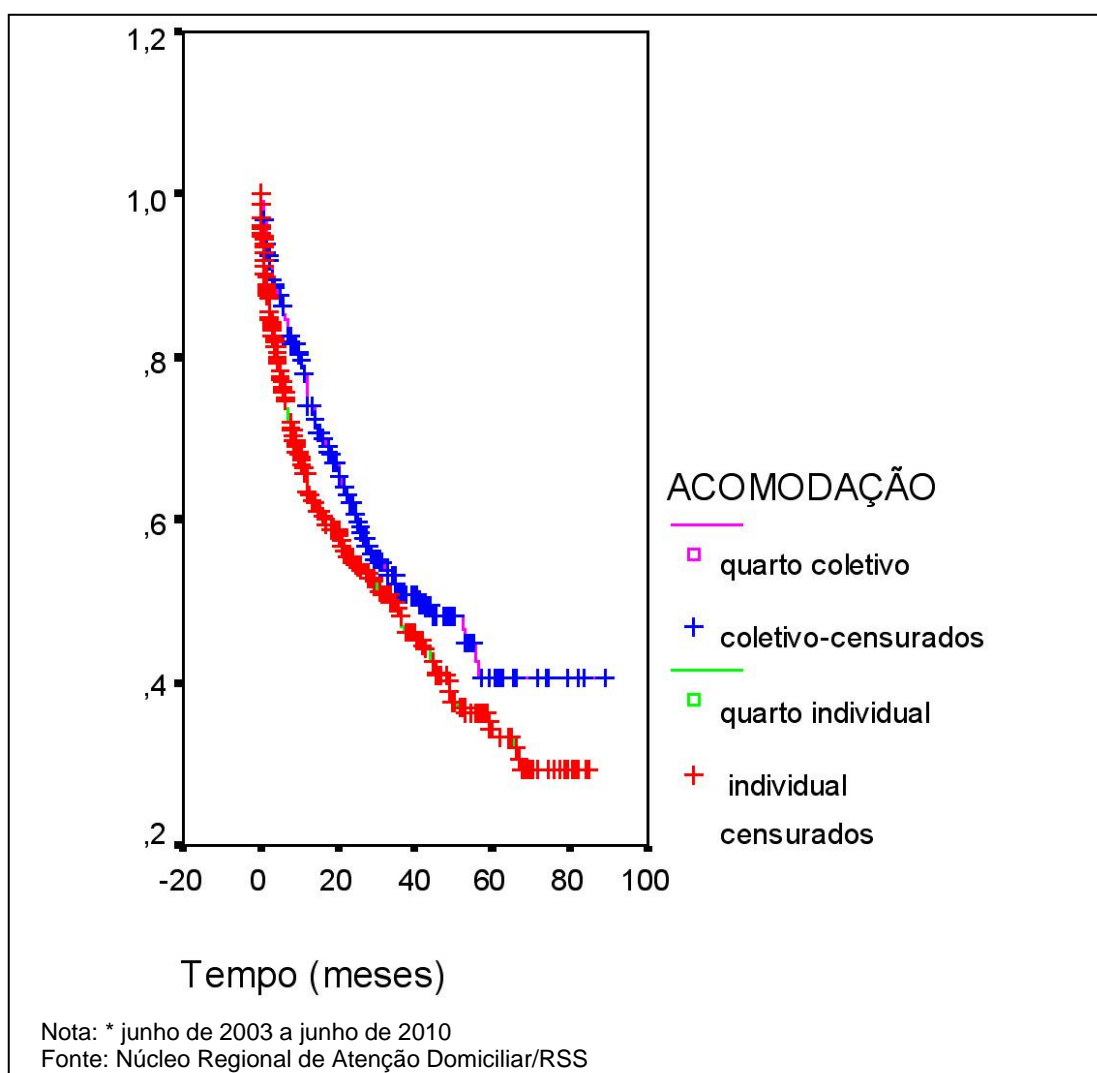


**Figura 19** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo método de Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar segundo grau de dependência para as atividades de vida diária. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Em relação ao domicílio, comparou-se a probabilidade de sobrevivência segundo a presença de animais e o tipo de acomodação do paciente. As curvas de sobrevivência comparadas estimaram que os pacientes que possuem animais no domicílio têm uma probabilidade de sobrevivência maior do que os pacientes que não possuem animais em seu domicílio (Teste de Log Rank  $p=0,0019$  e Teste de Breslow  $p<0,0001$ ) (Figura 20). Quanto à acomodação, os pacientes que estão acomodados em quarto coletivo têm uma estimativa de probabilidade de sobrevivência maior do que os pacientes que estão em acomodações individuais. Teste de Log Rank  $p=0,0117$  e Teste de Breslow  $p=0,0015$  (Figura 21).



**Figura 20** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar por presença de animais em domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*



**Figura 21** - Curvas de sobrevivência estimadas pelo Kaplan-Meier dos pacientes na atenção domiciliar por tipo de acomodação no domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

## 5.7 Fatores associados a doenças infecciosas

As análises bivariadas foram feitas inicialmente para a presença ou não de doença infecciosa, quando foram agregados todos os pacientes com qualquer doença infecciosa ou suas combinações. Foram também analisadas as associações das variáveis independentes com cada uma das doenças infecciosas separadamente (PN, ITU e FI).

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes para a associação com o desfecho de “doenças infecciosas” – 1) Características dos indivíduos – idade, sexo e AVD; 2) Características do domicílio –

presença de animais e tipo de acomodação (quarto individual ou coletivo); e 3) Características dos serviços de controle ambiental – tratamento de água, destino do esgoto e destino do lixo.

Para a estimativa de associação entre as idades e presença de doença infecciosa, as idades foram agrupadas em três estratos, a partir da análise da distribuição apresentada na figura 12. Os três estratos considerados foram - menor ou igual a 40 anos, de 41 a 80 anos, e maior ou igual a 81 anos.

A categoria de referência foi o estrato de 41 a 80 anos. Os dois estratos etários extremos foram significativamente associados com a presença de doença infecciosa, com OR de 1,68 (IC95%= 1,11 a 2,53 e  $p=0,013$ ) e 2,14 (IC95%= 1,61 a 2,65 e  $p<0,001$ ), para o estrato menor ou igual a 40 anos e maior ou igual a 81 anos, respectivamente. Outros fatores analisados que foram também estatisticamente significativos e associados com a presença de doença infecciosa - sexo feminino (OR= 1,69; IC95%= 1,30 a 2,69 e  $p<0,001$ ), acomodação do paciente em quarto coletivo (OR=4,35; IC95%= 3,26 a 5,79 e  $p<0,001$ ), presença de animais no domicílio (OR= 4,12; IC95%= 3,11 a 5,46 e  $p<0,001$ ) e coleta de lixo por outras fontes, que não a da rede pública (OR= 2,33; IC95%= 1,20 a 4,53 e  $p=0,010$ ). O grau de dependência dos pacientes não esteve associado com o desenvolvimento de doença infecciosa (Tabela 11).



**Tabela 11** - Resultados da análise bivariada para o desfecho de doenças infecciosas, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	Com doença infecciosa	Sem doença infecciosa	Odds Ratio	IC95%	p-valor
<b>Características do indivíduo</b>					
<b>Faixa etária (anos)</b>					
≤ 40	51	61	1,68	1,11-2,53	<b>0,013</b>
> 81	159	149	2,14	1,61-2,85	<b>&lt;0,001</b>
41 a 80	184	369	1		
<b>Sexo</b>					
Feminino	254	300	1,69	1,30-2,19	<b>&lt;0,001</b>
Masculino	140	279	1		
<b>Grau de dependência (AVD)</b>					
Paciente dependente	316	486	0,78	0,56-1,08	0,133
Paciente não dependente	78	93	1		
<b>Características do domicílio</b>					
<b>Acomodação</b>					
Quarto coletivo	200	111	4,35	3,26-5,79	<b>&lt;0,001</b>
Quarto individual	194	468	1		
<b>Animais no domicílio</b>					
Presença	296	245	4,12	3,11-5,46	<b>&lt;0,001</b>
Ausência	98	334	1		
<b>Serviços de controle ambiental</b>					
<b>Tratamento de água</b>					
Outras fontes de água	96	157	0,87	0,64-1,16	0,337
Rede Pública	298	422	1		
<b>Destino do esgoto</b>					
Outros destinos	101	157	0,93	0,70-1,24	0,607
Coleta pública	293	422	1		
<b>Destino do lixo</b>					
Outros destinos	23	15	2,33	1,20-4,53	<b>0,010</b>
Coleta pública	371	564	1		

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

### 5.7.1 Fatores associados a doenças infecciosas específicas

Para a análise da associação das variáveis independentes com cada uma das infecções separadamente por tipo de infecção, consideraram-se as seguintes definições de casos:

- **Pneumonia** – todos os casos que tiveram pneumonia como infecção isolada ou em associação com outra infecção. Como ausência de pneumonia foram considerados os casos sem doenças infecciosas e aqueles com outras infecções.
- **Ferida Infectada** – todos os casos que tiveram ferida infectada como infecção isolada ou em associação com outra infecção. Como

ausência de ferida infectada foram considerados os casos sem doenças infecciosas e aqueles com outras infecções.

- Infecção Urinária – todos os casos que tiveram infecção urinária como infecção isolada ou em associação com outra infecção. Como ausência de infecção urinária foram considerados os casos sem doenças infecciosas e aqueles com outras infecções.

#### **5.7.1.1 Fatores associados à pneumonia**

Foram analisados os seguintes fatores - 1) Características dos indivíduos – Idade, sexo e AVD; 2) Características do domicílio – presença de animais e tipo de acomodação (quarto individual ou coletivo) e 3) Características do serviço de controle ambiental - tratamento de água, destino do esgoto e destino do lixo.

Para a estimativa de associação entre as idades e presença de pneumonia as idades foram agrupadas em três estratos, a partir da análise da distribuição apresentada na figura 12. Os três estratos considerados foram – menor ou igual a 40 anos, de 41 a 80 anos, e maior ou igual a 81 anos.

A categoria de referência foi o estrato de 41 a 80 anos. Os dois estratos etários extremos foram significativamente associados com a presença de pneumonia, com OR de 3,15 (IC95%= 1,83 a 5,45 e  $p<0,001$ ) e 1,87 (IC95%= 1,20 a 2,83 e  $p=0,005$ ), para o estrato menor ou igual a 40 anos e maior ou igual a 81 anos, respectivamente (Tabela 12).

Outros fatores associados e estatisticamente significativos com o desfecho de pneumonia foram – acomodação do paciente em quarto coletivo (OR=2,32; IC95%= 1,56 a 2,47 e  $p<0,001$ ) e coleta do lixo, quando por outras fontes que não a da rede pública (OR= 2,95; IC95%= 1,39 a 6,25 e  $p=0,003$ ). O sexo feminino foi um fator de proteção para pneumonia (OR= 0,25; IC95%= 0,16 a 0,39 e  $p< 0,001$ ).

Na modelo de regressão logística foram significativamente associadas com a presença de pneumonia as seguintes exposições – idades abaixo de 40 anos ou acima de 80 anos (OR= 1,97; IC95%= 1,29 a 3,00 e  $p=0,002$ );

acomodação do paciente em quarto coletivo (OR= 2,40; IC95%= 1,56 a 3,68 e  $p<0,001$ ); e o sexo feminino, que foi um fator de proteção para pneumonia (OR= 0,23; IC95%= 0,14 a 0,36 e  $p<0,001$ ) (Tabela 12)

No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associados e estatisticamente significativos para o desfecho de pneumonia – idade acima de 80 anos, (OR= 1,98; IC95%= 1,30 a 3,02 e  $p=0,002$ ), acomodação em quarto coletivo (OR= 2,48; IC95%= 1,62 a 3,79 e  $p<0,001$ ) e sexo feminino como fator protetor (OR= 0,22; IC95%= 0,14 a 0,35 e  $p<0,001$ ) (Tabela 13).

Os produtos de interações entre as variáveis presentes no modelo final não foram introduzidos na análise de regressão logística, porque nas análises estratificadas os resultados indicaram que os estratos eram homogêneos, sem presença de possível interação (teste de homogeneidade não significativo no nível de probabilidade de 0,15).

**Tabela 12** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho de pneumonia, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	Com Pneumonia	Sem Pneumonia	Odds Ratio	IC95%	p-valor	Odds Ratio ajustada <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Características do indivíduo</b>								
<b>Faixa etária (anos)</b>								
≤ 40	24	88	3,15	1,83-5,45	<b>0,001</b>			
> 81	43	265	1,87	1,20-2,93	<b>0,005</b>	1,97 <sup>2</sup>	1,29-3,00	<b>0,002</b>
41 a 80	44	509	1					
<b>Sexo</b>								
Feminino	31	523	0,25	0,16-0,39	<b>&lt;0,001</b>	0,23	0,14-0,36	<b>&lt;0,001</b>
Masculino	80	339	1					
<b>Grau de dependência (AVD)</b>								
Paciente dependente	96	706	1,41	0,80-2,50	0,232			
Paciente não dependente	15	156	1					
<b>Características do domicílio</b>								
<b>Acomodação</b>								
Quarto coletivo	55	256	2,32	1,56-3,47	<b>&lt;0,001</b>	2,40	1,56-3,68	<b>&lt;0,001</b>
Quarto Individual	56	606	1					
<b>Animais no domicílio</b>								
Presença	71	470	1,48	0,98-2,23	0,060	1,33	0,85-2,07	0,210
Ausência	40	392	1					
<b>Serviços de controle ambiental</b>								
<b>Tratamento de água</b>								
Outras fontes de água	32	221	1,18	0,76-1,82	0,471			
Rede Pública	79	641	1					
<b>Destino do esgoto</b>								
Outros Destinos	36	222	1,38	0,90-2,12	0,134	1,23	0,75-2,01	0,415
Coleta pública	75	640	1					
<b>Destino do lixo</b>								
Outros destinos	10	28	2,95	1,39-6,25	<b>0,003</b>	1,55	0,63-3,79	0,339
Coleta pública	101	834	1					

Nota:\* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,195

<sup>2</sup> Para a análise multivariada foram agregadas os dois estratos etários de risco

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 13** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de pneumonia, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Idade: ≤40 e acima de 81 anos</b>	0,684	0,216	1,98	1,30-3,02	<b>0,002</b>
<b>Sexo: feminino</b>	-1,506	0,229	0,22	0,14- 0,35	<b>&lt;0,001</b>
<b>Acomodação: quarto coletivo</b>	0,909	0,217	2,48	1,62- 3,79	<b>&lt;0,001</b>
<b>Constante</b>	3,112	1,064			<b>0,003</b>

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,304

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

### 5.7.1.2 Fatores associados às feridas infectadas

Foram analisados os seguintes fatores – 1) Características dos indivíduos - Idade, sexo e AVD; 2) Características do domicílio – presença de animais e tipo de acomodação (quarto individual ou coletivo); e 3) Características dos serviços de controle ambiental – tratamento de água, destino do esgoto e destino do lixo.

Para a estimativa de associação entre as idades e presença de ferida infectada foi feito agrupamento em dois estratos, a partir da análise da distribuição apresentada na figura 12. Os dois estratos considerados foram – menor ou igual a 30 anos, e acima de 31 anos. A categoria de referência foi o estrato acima de 31 anos. Feridas infectadas não estiveram associadas com o fator idade (OR= 1,81; IC95%= 0,94 a 3,50 e p=0,183). Fatores associados e estatisticamente significativos com a presença de feridas infectadas foram – acomodação do paciente em quarto coletivo (OR= 1,55; IC95%= 1,02 a 2,37 e p=0,041) e presença de animais no domicílio (OR= 2,34; IC95%= 1,47 a 3,71 e valor de p<0,001). Grau de AVD 3, 4 e 5 foi fator de proteção para o desenvolvimento de ferida infectada (OR= 0,50; IC95%= 0,31 a 0,81 e p=0,004) (Tabela 14).

Na análise de regressão logística estiveram significativamente associadas com a presença de ferida infectada, as seguintes variáveis – presença de animais em domicílio (OR= 2,05; IC95%= 1,26 a 3,33 e

$p=0,004$ ) e maior grau de dependência que foi um fator de proteção (OR= 0,55; IC95%= 0,34 a 0,90 e  $p<0,016$ ) (Tabela 14).

No modelo final da análise multivariada, mantiveram-se associadas - a presença de animais em domicílio (OR= 2,21; IC 95%= 1,39 a 3,51 e  $p=0,001$ ) e o maior grau de dependência, como fator protetor (OR= 0,56; IC95%= 0,35 a 0,90 e  $p<0,017$ ) (Tabela 15).

Os produtos de interações entre as variáveis presentes no modelo final não foram introduzidos na análise de regressão logística, porque nas análises estratificadas os resultados indicaram que os estratos eram homogêneos, sem presença de possível interação (teste de homogeneidade não significativo no nível de probabilidade de 0,15).

**Tabela 14** - Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho de ferida infectada, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	Com ferida infectada	Sem ferida infectada	Odds Ratio	IC95%	p-valor	Odds Ratio ajustada <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Características do indivíduo</b>								
<b>Faixa etária (anos)</b>								
≤ 30	12	61	1,81	0,94-3,50	0,071	1,58	0,80-3,11	0,183
Acima de 31	88	812	1					
<b>Sexo</b>								
Feminino	55	499	0,91	0,60-1,39	0,680			
Masculino	45	374	1					
<b>Grau de dependência (AVD)</b>								
Paciente dependente	72	730	0,50	0,31-0,81	<b>0,004</b>	0,55	0,34-0,90	<b>0,016</b>
Paciente não dependente	28	143	1					
<b>Características do domicílio</b>								
<b>Acomodação</b>								
Quarto coletivo	41	270	1,55	1,02-2,37	<b>0,041</b>	1,21	0,77-1,90	0,404
Quarto Individual	59	603	1					
<b>Animais no domicílio</b>								
Presença	73	464	2,34	1,47-3,71	<b>&lt;0,001</b>	2,05	1,26-3,33	<b>0,004</b>
Ausência	27	405	1					
<b>Serviços de controle ambiental</b>								
<b>Tratamento de água</b>								
Outras fontes de água	27	226	1,06	0,66-1,69	0,810			
Rede pública	73	647	1					
<b>Destino do esgoto</b>								
Outros destinos	28	230	1,08	0,69-1,73	0,723			
Coleta pública	72	643	1					
<b>Destino do lixo</b>								
Outros destinos	6	32	1,69	0,68-4,11	0,254			
Coleta pública	94	841	1					

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,498

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 15** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de ferida infectada, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Grau de dependência funcional (AVD) - dependente</b>	-0,581	0,244	0,56	0,35-0,90	<b>0,017</b>
<b>Animais - presença</b>	0,793	0,237	2,21	1,39-3,51	<b>0,001</b>
<b>Constante</b>	1,793	0,468			<b>&lt;0,001</b>

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow -  $p=0,617$

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

### 5.7.1.3 Fatores associados à infecção do trato urinário

Foram analisados os seguintes fatores – 1) Características dos indivíduos – Idade, sexo e AVD; 2) Características do domicílio - presença de animais e tipo de acomodação (quarto individual ou coletivo); e 3) Características dos serviços de controle ambiental – tratamento de água, destino do esgoto e destino do lixo.

Para a estimativa de associação entre as idades e presença de infecção do trato urinário foram feitos agrupamentos em três estratos, a partir da análise da distribuição apresentada na figura 12. Os três estratos considerados foram - até 40 anos; de 41 a 80 anos e acima de 81 anos.

A categoria de referência foi o estrato até 40 anos. Infecções do trato urinário foram significativamente associadas com o estrato etário maior ou igual a 81 anos (OR= 2,59; IC95%= 1,48 a 4,52 e  $p < 0,001$ ). Outros fatores associados e estatisticamente significativos com a presença de infecção do trato urinário foram – sexo feminino (OR= 5,53; IC95%= 3,79 a 8,06 e  $p < 0,001$ ), acomodação do paciente em quarto coletivo (OR= 3,54; IC95%= 2,61 a 4,81 e  $p < 0,001$ ) e presença de animais no domicílio com OR de 4,23 (IC95%= 2,98 a 5,99 e  $p < 0,001$ ). Fatores protetores estimados foram - tratamento de água por outras fontes que não a pública (OR= 0,65; IC95%=



0,45 a 0,92 e  $p=0,016$ ) e coleta de esgoto por outros destinos que não a rede pública (OR= 0,64; IC95%= 0,45 a 0,92 e  $p=0,015$ ) (Tabela 16).

Na análise multivariada mantiveram-se significativamente associados com a infecção do trato urinário – idades acima de 81 anos (OR= 1,90; IC95%= 1,34 a 2,71 e  $p<0,001$ ); sexo feminino (OR= 5,42; IC95%= 3,64 a 8,07 e  $p<0,001$ ); acomodação em quarto coletivo (OR= 2,43; IC95%= 1,71 a 3,45 e  $p<0,001$ ); e presença de animais em domicílio (OR= 4,07; IC95%= 2,73 a 6,06 e  $p<0,001$ ) (Tabela 16).

No modelo final de análise multivariada os fatores associados e estatisticamente significativos com o desfecho de infecção do trato urinário foram – idades acima de 81 anos (OR= 2,02; IC95%= 1,43 a 2,86 e  $p<0,001$ ), sexo feminino (OR= 5,38; IC95%= 3,62 a 7,98 e  $p<0,001$ ), acomodação em quarto coletivo (OR= 2,47; IC95%= 1,75 a 3,49 e  $p<0,001$ ) e presença de animais em domicílio (OR= 3,49; IC95%= 2,38 a 5,13 e  $p<0,001$ ) (Tabela 17).

Houve diferenças de risco observadas na análise estratificada da infecção do trato urinário, considerando acomodação em quarto coletivo e sexo (OR= 11,40; IC95%= 6,00 a 21,70, para o sexo feminino;  $p=0,002$  para teste de homogeneidade dos estratos) (Tabela 18).

A análise multivariada foi ajustada pelo produto da interação entre acomodação e sexo. No modelo de regressão, o produto da interação entre acomodação e sexo foi significativo no nível de 5%. O modelo final, considerando este produto da interação, está apresentado na Tabela 19.

Os produtos de interações entre as demais variáveis presentes no modelo final não foram introduzidos na análise de regressão logística, porque nas análises estratificadas os resultados indicaram que os estratos eram homogêneos, sem presença de possível interação (teste de homogeneidade não significativo no nível de probabilidade de 0,15).

**Tabela 16** – Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho de infecção do trato urinário, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	Com Infecção Urinária	Sem Infecção Urinária	Odds Ratio	IC95%	p-valor	Odds Ratio ajustada <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Característica do indivíduo</b>								
<b>Faixa etária (anos)</b>								
41 a 80	115	438	1,37	0,80-2,36	0,254			
>81	102	206	2,59	1,48-4,52	<b>0,001</b>	1,90	1,34-2,71	<b>&lt;0,001</b>
Até 40	18	94	1					
<b>Sexo</b>								
Feminino	197	357	5,53	3,79-8,06	<b>&lt;0,001</b>	5,42	3,64-8,07	<b>&lt;0,001</b>
Masculino	38	381	1					
<b>Grau de dependência (AVD)</b>								
Paciente dependente	189	613	0,84	0,58-1,22	0,355			
Paciente não dependente	46	125	1					
<b>Característica do domicílio</b>								
<b>Acomodação</b>								
Quarto coletivo	127	184	3,54	2,61-4,81	<b>&lt;0,001</b>	2,43	1,71-3,45	<b>&lt;0,001</b>
Quarto individual	108	554	1					
<b>Animais no domicílio</b>								
Presença	187	354	4,23	2,98-5,99	<b>&lt;0,001</b>	4,07	2,73-6,06	<b>&lt;0,001</b>
Ausência	48	384	1					
<b>Serviços de controle ambiental</b>								
<b>Tratamento de água</b>								
Outras fontes de água	47	206	0,65	0,45-0,92	<b>0,016</b>	1,61	0,32-8,05	0,559
Rede pública	188	532	1					
<b>Destino do esgoto</b>								
Outros destinos	48	210	0,64	0,45-0,92	<b>0,015</b>	0,30	0,06-1,46	0,135
Coleta pública	187	528	1					
<b>Destino do lixo</b>								
Outros destinos	8	30	0,83	0,37-1,84	0,649			
Coleta pública	227	708	1					

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,354

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 17** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de infecção do trato urinário, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Idade - acima de 81 anos</b>	0,703	0,177	2,02	1,43-2,86	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sexo - feminino</b>	1,682	0,201	5,38	3,62-7,98	<b>&lt;0,001</b>
<b>Acomodação - quarto coletivo</b>	0,905	0,176	2,47	1,75-3,49	<b>&lt;0,001</b>
<b>Animais - presença</b>	1,251	0,196	3,49	2,38-5,13	<b>&lt;0,001</b>
<b>Constante</b>	-9,856	0,941			<b>&lt;0,001</b>

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,841

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 18** – Resultado da análise estratificada de risco para o desfecho de infecção do trato urinário, segundo sexo estratificado pelo tipo de acomodação. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor <sup>2</sup>
<b>Acomodação</b>			
Quarto coletivo	11,40	6,00-21,70	<b>0,002</b>
Quarto individual	3,32	2,06-5,35	

Nota:\* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Odds Ratio do desfecho para o sexo feminino

<sup>2</sup> Teste de homogeneidade da Odds Ratio (Breslow-Day)

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 19** - Modelo final da análise multivariada de infecção para o desfecho de trato urinário, incluindo a interação entre acomodação e sexo, segundo características do indivíduo e do domicílio. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Idade – acima de 81 anos</b>	0,716	0,179	2,05	1,44-2,91	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sexo - feminino</b>	2,367	0,335	10,66	5,52-20,57	<b>&lt;0,001</b>
<b>Acomodação – quarto coletivo</b>	1,184	0,204	3,27	2,19-4,87	<b>&lt;0,001</b>
<b>Animais - presença</b>	1,232	0,197	3,43	2,33-5,04	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sexo x Acomodação</b>	- 1,170	0,418	0,31	0,14-0,70	<b>0,005</b>
<b>Constante</b>	-12,892	1,455			<b>&lt;0,001</b>

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,734

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

## 5.8 Fatores associados ao óbito

Foram analisados os seguintes fatores – 1) Características dos indivíduos – Idade, sexo e AVD; 2) Características do domicílio – presença de animais e tipo de acomodação (quarto individual ou coletivo); e 3) Características dos serviços de controle ambiental – tratamento de água, destino do esgoto e destino do lixo.

Para a análise bivariada em relação ao desfecho do óbito, as idades foram categorizadas em três estratos - até 30 anos; de 31 a 59 anos; e igual ou maior de 60 anos. A categoria de referência foi o estrato até 30 anos. Os estratos etários de 31 a 59 anos e igual ou maior de 60 anos estiveram significativamente associados com o desfecho do óbito, com OR de 3,11 (IC95%= 1,55 a 6,28 e  $p=0,001$ ) e 4,74 (IC95%= 2,51 a 8,95 e  $p<0,001$ ), respectivamente. O grau de dependência funcional (AVD= 3,4,5) também esteve associado com o desfecho do óbito (OR= 3,95; IC95%= 2,65 a 5,89 e  $p<0,001$ ); Fatores protetores foram – sexo feminino (OR= 0,74; IC95%= 0,58 a 0,97 e  $p=0,023$ ) e rede de esgoto por outros destinos que não a rede pública (OR= 0,73; IC95%= 0,55 a 0,98 e  $p=0,037$ ) (Tabela 20).

Na análise multivariada os fatores associadas e estatisticamente significativos com o desfecho do óbito foram – idades acima de 30 anos (OR= 4,61; IC95%= 2,41 a 8,83 e  $p<0,001$ ) e maior grau de dependência funcional (OR= 3,96; IC95%= 2,64 a 5,93 e  $p<0,001$ ). O sexo feminino foi fator protetor (OR= 0,73; IC95%= 0,55 a 0,99 e  $p=0,019$ ) (Tabela 20).

No modelo final da análise multivariada os fatores associados e estatisticamente significativos com o desfecho do óbito foram – idade de 30 anos e mais (OR= 4,87; IC95%= 2,56 a 9,27 e  $p<0,001$ ); dependência funcional (OR= 3,94; IC95%= 2,63 a 5,90 e  $p<0,001$ ); e sexo como fator protetor (OR= 0,72; IC95%= 0,55 a 0,94 e  $p=0,018$ ) (Tabela 21).

Houve diferenças de risco na análise estratificada para o óbito, considerando sexo e grau de dependência (OR= 0,84; IC95%= 0,63 a 1,11, para o sexo feminino e  $p=0,111$  para homogeneidade dos estratos) (Tabela 22). A análise multivariada foi ajustada pelo produto da interação entre sexo

e grau de dependência e o modelo final, considerando a interação, está apresentado na Tabela 23. O resultado da interação entre sexo e grau de dependência não foi estatisticamente significativo no nível de 5% (OR= 0,49; IC95%= 0,22 a 1,12 e p=0,090), não conferindo maior qualidade estatística ao modelo final.

Os produtos de interações entre as demais variáveis presentes no modelo final não foram introduzidos na análise de regressão logística, porque nas análises estratificadas os resultados indicaram que os estratos eram homogêneos, sem presença de possível interação (teste de homogeneidade não significativo no nível de probabilidade de 0,15).

**Tabela 20** – Resultados das análises bivariada e multivariada para o desfecho do óbito, segundo características do indivíduo, do domicílio e dos serviços de controle ambiental. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	Óbito	Alta e Ativo	Odds Ratio	IC95%	p-valor	Odds Ratio ajustada <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Características do indivíduo</b>								
<b>Faixa etária (anos)</b>								
31 a 59	57	93	3,11	1,55-6,28	<b>0,001</b>			
> 60	362	388	4,74	2,51-8,95	<b>&lt;0,001</b>	4,61 <sup>2</sup>	2,41-8,83	<b>&lt;0,001</b>
Até 30	12	61	1					
<b>Sexo</b>								
Feminino	228	326	0,74	0,58-0,97	<b>0,023</b>	0,73	0,55-0,99	<b>0,019</b>
Masculino	203	216	1					
<b>Grau de dependência (AVD)</b>								
Paciente dependente	397	405	3,95	2,65-5,89	<b>&lt;0,001</b>	3,96	2,64-5,93	<b>&lt;0,001</b>
Paciente não dependente	34	137	1					
<b>Características do domicílio</b>								
<b>Acomodação</b>								
Quarto coletivo	135	176	0,94	0,72-1,24	0,702			
Quarto individual	296	366	1					
<b>Animais no domicílio</b>								
Presença	243	298	1,06	0,82-1,37	0,663			
Ausência	188	244	1					
<b>Serviços de controle ambiental</b>								
<b>Tratamento de água</b>								
Outras fontes de água	99	154	0,75	0,56-1,01	<b>0,055</b>	1,01	0,21-4,81	0,990
Rede pública	332	388	1					
<b>Destino do esgoto</b>								
Outros destinos	100	158	0,73	0,55-0,98	<b>0,037</b>	0,80	0,17-3,80	0,779
Coleta pública	331	384	1					
<b>Destino do lixo</b>								
Outros destinos	20	18	1,42	0,74-2,71	0,291			
Coleta pública	411	524	1					

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,672

<sup>2</sup> Para a análise multivariada foram agregadas os dois estratos etários de risco

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 21** - Resultado final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho do óbito, segundo características do indivíduo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
<b>Idade – acima de 31 anos</b>	1,583	0,328	4,87	2,56-9,27	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sexo – feminino</b>	-0,324	0,137	0,72	0,55-0,94	<b>0,018</b>
<b>Grau de dependência funcional (AVD) – dependente</b>	1,372	0,206	3,94	2,63-5,90	<b>&lt;0,001</b>
<b>Constante</b>	-0,338	0,532			0,525

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,734

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 22** - Resultado da análise estratificada de risco para o desfecho do óbito, segundo sexo estratificado pelo grau de dependência. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor <sup>2</sup>
<b>Grau de dependência</b>			
Dependente	0,84	0,63-1,11	<b>0,111</b>
Não dependente	0,43	0,20-0,93	

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Odds Ratio do desfecho para o sexo feminino

<sup>2</sup> Teste de homogeneidade da Odds Ratio (Breslow-Day)

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

**Tabela 23** - Modelo final da análise multivariada para o desfecho do óbito, incluindo a interação entre grau de dependência e sexo, segundo características do indivíduo. Sobradinho-DF, 2003 a 2010\*

Variáveis	$\beta$	SE	OR <sup>1</sup>	IC95%	p-valor
Idade – acima de 31 anos	1,586	0,327	4,88	2,57-9,28	<b>&lt;0,001</b>
Sexo - feminino	- 0,239	0,145	0,79	0,59-1,05	0,100
Grau de dependência - dependente	1,681	0,288	5,37	3,05-9,45	<b>&lt;0,001</b>
Grau de dependência X Sexo	- 0,708	0,418	0,49	0,22-1,12	0,090
Constante	-0,949	0,640			0,142

Nota: \* junho de 2003 a junho de 2010

<sup>1</sup> Bondade de ajuste do modelo – método de Hosmer-Lemeshow - p=0,930

Fonte: Núcleo Regional de Atenção Domiciliar/RSS

## 6. DISCUSSÃO

A alteração demográfica mais importante que influenciará o aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde é o rápido crescimento da proporção de pessoas acima de 60 anos (Caldas, 2003). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o número de homens e mulheres acima de 60 anos corresponde a 20.590.599 (10,80%), com estimativa de, aproximadamente, 25 milhões para o ano de 2015. Este dado demográfico tem sinalizado para um aumento das condições crônicas de adoecimento, o que irá gerar elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas, tornando-se um dos maiores desafios do setor saúde neste século. A casuística do estudo reflete esta tendência uma vez que, no período do estudo, a maioria dos pacientes em atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho-DF foi idosos (77,08%). Viver muito é uma das conquistas sociais mais importantes do século XXI, as pessoas têm vivido mais e a população brasileira está se aproximando daquela de países mais desenvolvidos. O envelhecimento populacional favoreceu o processo de transição epidemiológica, caracterizado pela diminuição da incidência das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Este fenômeno, no entanto, traz diminuição relativa da oferta de assistência à saúde e elevação dos custos no sistema hospitalar para atendimento desta demanda. O idoso busca mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais necessárias e, em geral, o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. A atenção domiciliar chega então, como uma alternativa à internação hospitalar, com o objetivo de prestar serviços aos pacientes que necessitam de cuidados prolongados com a possibilidade de estes serem prestados em domicílio. Entende-se que esta modalidade de assistência traz algumas vantagens ao serviço público, que são - a redução da média de permanência da internação hospitalar, redução dos riscos inerentes a este tipo de internação, assim como os custos decorrentes do tempo de permanência no hospital (Bastos, 2006).

Segundo o último Censo do IBGE (2010), Brasília tem uma das maiores expectativas de vida do país, em média de 77 anos. Esse grupo geralmente apresenta uma grande carga de doenças crônico-degenerativas, com limitações funcionais importantes que, diante da necessidade de uma internação hospitalar e de seus riscos inerentes, vêm agravado o seu prognóstico de vida. Esse é um processo dinâmico e sua evolução só poderá ser modificada, ou até prevenida, se houver ambiente e assistência adequados. O estudo foi realizado na região administrativa de Sobradinho-DF que, de acordo com o Censo do IBGE (2010), foi a segunda região que mais cresceu no Distrito Federal, passando de 128.000 habitantes no ano de 2000 para 210.000 em 2010, um crescimento de 5% ao ano e que representa mais que o dobro do crescimento populacional médio do Distrito Federal. Esta explosão demográfica aconteceu devido, principalmente, às novas ocupações como os condomínios que surgiram em torno da cidade. Sobradinho-DF tem, aproximadamente, 13.370 pessoas com 60 anos e mais (IBGE, 2010). A cidade conta com um hospital regional, três centros de saúde e um núcleo de atenção domiciliar para atendimento desta demanda. A maior inovação do programa de atenção domiciliar desta regional é a transferência dos recursos empregados na assistência de um paciente em um hospital convencional para o seu domicílio, com as prerrogativas de não comprometer a qualidade de assistência prestada e garantir a continuidade de tratamento. A equipe multiprofissional presta assistência clínico-terapêutica e psicossocial aos pacientes de Sobradinho-DF, de forma integral, personalizada e humanizada. Os resultados desta modalidade de atenção à saúde são refletidos na proporção de pacientes que tiveram alta do programa por melhora clínica (30,70%). Este é um dado que poderá ser utilizado pela gerência de atenção domiciliar da SES-DF como um indicador de qualidade do programa, uma vez que, dos pacientes que receberam alta do programa, 105 pacientes (35,12%) eram portadores de AVE, 48 pacientes (16,05%) eram portadores de outras afecções do sistema neurológico e 28 pacientes (9,36%) eram portadores de neoplasia; todas essas doenças graves, de curso prolongado e que exigem acompanhamento



sistemático e multidisciplinar. Neste contexto, o lar parece exercer sobre os pacientes e, principalmente sobre o idoso, um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência, proporcionando-lhe segurança no tratamento, melhorias para sua recuperação e qualidade de vida (Duarte & Diogo, 2000).

A portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e reiterou que, para admissão de pacientes nesta modalidade de assistência, é indispensável a presença de um cuidador identificado. O cuidador é uma pessoa, com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades de vida diária (Brasil, 2011). De acordo com a nomenclatura utilizada na atenção domiciliar do Distrito Federal, o cuidador pode ser formal ou informal. O cuidador formal é aquele contratado pela família, de forma remunerada, para prestar assistência ao paciente, porém nem sempre o mesmo tem capacitação profissional para exercer tal cuidado. O cuidador informal é aquele indivíduo que presta cuidados ao paciente sem receber nenhum tipo de remuneração. Os dados da pesquisa comprovaram que todos os pacientes possuem cuidador (formal ou informal) que, segundo o projeto de implantação do programa, é uma exigência para a admissão do paciente nesta modalidade de atenção à saúde. Segundo Rejane e Carlette (1996), tais indivíduos devem ser alfabetizados e possuir noções básicas de cuidado do idoso e compreensão mínima do processo de envelhecimento humano. São indivíduos que terão a função de auxiliar e/ou realizar a atenção adequada aos pacientes que apresentarem limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, estimulando a independência e respeitando a autonomia destes.

Cuidar requer renúncia, dedicação, compromisso e boa vontade. Isto não é uma tarefa simples; é cuidar de quem se encontra frágil, enfermo, sofrendo ou cuidar daquele que está morrendo e vai chegar ao fim de sua trajetória, somado a tudo isto, o cuidador informal, na maioria das vezes, possui um vínculo afetivo forte com o paciente, o que fragiliza mais sua ação. Os cuidadores são parceiros imprescindíveis para o bom êxito da

atenção domiciliar do NRAD/RSS, pois são eles que auxiliam no cuidado geral e na sistematização de tarefas determinadas pela equipe multiprofissional. Eles são orientados nas seguintes funções - medidas de higiene corporal e oral, administração de alimentação e medicações por via oral, troca de curativos simples e de curativos secundários, além da prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do paciente dependente. Uma das limitações do estudo, em relação aos cuidadores, foi a impossibilidade de traçar o seu perfil sócio-demográfico devido à ausência de algumas informações destes no prontuário dos pacientes. Não se encontrou, por exemplo, descrição do seu grau de instrução, de sua capacitação profissional, sexo, idade, escolaridade e outros dados importantes para a sua caracterização e para um futuro planejamento de ações educativas e de treinamento em serviço. A gerência de atenção domiciliar deve estar alerta a esta questão que se acredita ser de grande relevância para a melhoria da capacitação profissional destes indivíduos tão importantes no processo do cuidar em domicílio. Um passo dado nesta direção foi a elaboração de um consolidado de informações mais detalhadas sobre o perfil do cuidador, do ano de 2010, com o acréscimo de informações sobre - sexo, faixa etária, renda familiar, composição familiar, escolaridade, estado civil e grau de parentesco com o paciente, o que gerará futuros estudos mais completos sobre os cuidadores.

Felgar (1998) descreve que, acrescido à tarefa de cuidar, é grande o impacto da doença sobre as condições materiais da família. O orçamento familiar fica fortemente comprometido com despesas extras como medicações, transporte e materiais de higiene pessoal, quando o serviço público não disponibiliza os medicamentos e os insumos. Então, a administração destes recursos pelos familiares concentra-se nas necessidades mais essenciais e a tarefa do cuidar passa a ser desempenhada de forma voluntária, surgindo a figura do cuidador informal. A proporção de pacientes atendidos em domicílio pelo NRAD/RSS que possui cuidador informal é de 80,20%. É possível supor que este dado revele uma situação não aparente - a baixa condição sócioeconômica dos

pacientes atendidos, uma vez que a maioria dos cuidadores é de pessoas não remuneradas e, geralmente, não preparadas profissionalmente para o cuidado. Este dado deve despertar a gerência de atenção domiciliar para a necessidade de a equipe multiprofissional dar todo suporte necessário aos familiares e cuidadores identificados para que os mesmos se sintam seguros na execução de tarefas que, até então, não faziam parte de suas rotinas. Além disto, é importante o suporte emocional; o programa de atenção domiciliar precisa criar uma rede que aproxime a família dos serviços de apoio e estabelecer um vínculo de confiabilidade para com familiares e cuidadores, de modo que estes se sintam a vontade no esclarecimento de suas dúvidas. Outro dado que chama a atenção é a baixa escolaridade dos pacientes – 419 pessoas (43,10%) referiram “nenhum grau de escolaridade”. Alguns estudos associam escolaridade com baixa renda também, reforçando a hipótese anterior (Kalache et al., 1987). Além disto, a equipe multiprofissional tem que estar atenta a este fato na hora de repassar informações e orientações aos pacientes, no sentido de utilizar uma linguagem simples, acessível e clara, de modo que esta favoreça a comunicação e facilite a aprendizagem desejada. É muito importante avaliar o grau de instrução de familiares e cuidadores dos pacientes para que as orientações sejam seguidas com menor risco de imperícia.

Em nossa cultura as mulheres tendem muito mais do que os homens a se definirem como pacientes e a buscarem ajuda, além de possuírem uma maior expectativa de vida em relação ao sexo masculino. Esta é uma tendência que também se confirmou no estudo, uma vez que a frequência de pacientes do sexo feminino (56,90%) foi maior do que a do sexo masculino (43,10%). Apesar de as taxas masculinas terem peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença dos homens nos serviços de saúde é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado é visto como uma prática feminina (Courtenay, 2000).

Setecentos e cinquenta casos eram de pacientes com sessenta anos e mais. A mediana das idades foi de 74 anos e a idade que mais se repetiu

no estudo foi de 79 anos. Este é um dado relevante para a adoção de estratégias para prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos pacientes que se encontrarem nesta faixa etária, uma vez que o próprio envelhecimento torna o paciente mais susceptível às infecções, pelas alterações nos mecanismos de defesa, e mais fragilizado, em decorrência da menor reserva funcional orgânica. A gerência de atenção domiciliar deve ter como norteador o fato de que as demandas de recursos e serviços dos idosos são diferentes das demandas de crianças, jovens e adultos. O fenômeno “envelhecimento com dependência” é um desafio constante a ser vencido na atenção domiciliar. Destaca-se, ainda, a prevalência de doenças crônicas nesta faixa etária. Os dados da pesquisa corroboram com estudos que associam o processo de envelhecimento com o aumento do grau de dependência funcional. Segundo Hazzard (1994), é significativo o efeito da idade avançada somado a certas condições causadoras de dependência muito frequentes entre idosos, como síndromes demenciais, fraturas patológicas, acidentes vasculares encefálicos, doenças reumatológicas e neoplásicas. Essas situações reduzem a capacidade do indivíduo de superar os desafios, aumentando a sua dependência funcional para as atividades de vida diária. Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o auto-cuidado, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito pesada. Na pesquisa, 70,00% dos pacientes com idade de 0 a 15 anos apresentou dependência total para as atividades de vida diária (grau 5), o que alerta que a idade, vista de forma isolada, pode não ser determinante para o aumento do grau de dependência funcional neste modelo de assistência.

A definição de critérios de admissão para o Programa de Atenção Domiciliar é de fundamental importância quando se pensa na capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando intimamente relacionados com as prioridades de atuação da equipe, com a população da área de abrangência e os recursos disponíveis, de forma a viabilizar melhor qualidade de vida e maior grau de independência possível, incentivando a autonomia, a participação social e a dignidade. No projeto de

implantação do programa os critérios de admissão na atenção domiciliar em Sobradinho-DF se subdividem em - administrativos, assistenciais e clínicos que, somados e avaliados, definem se o paciente é elegível para o atendimento nesta modalidade. O critério administrativo principal é a obrigatoriedade de o paciente residir na área de abrangência do programa, no caso deste estudo, residir em Sobradinho-DF. O critério assistencial é definido pela necessidade do paciente ter um cuidador ou responsável pelo mesmo. O estudo comprova que estes dois critérios foram contemplados rigorosamente. Como o programa não faz investigação diagnóstica em domicílio, dentre os critérios clínicos, é condição *sine qua non* ter o diagnóstico firmado e tratamento terapêutico definido pelo profissional médico que acompanha o paciente. Os diagnósticos encontrados na pesquisa justificam a elegibilidade para a atenção domiciliar. Merece atenção a alta frequência de admissões por diagnóstico de entrada de acidente vascular encefálico (AVE). Sabe-se que existem fatores de risco como idade, sexo, raça, hereditariedade, que concorrem para a maior incidência de AVE e que não podem ser modificados, mas outros fatores como hipertensão, diabetes, tabagismo e obesidade podem ser controlados e até modificados por mudança de hábito de vida e uso adequado de medicamentos. Este é um dado importante que, além de despertar na gerência de atenção domiciliar uma necessidade de promover educação continuada das novas equipes multiprofissionais no tratamento e reabilitação do AVE e de suas sequelas, pode subsidiar a gerência de atenção primária da SES-DF na supervisão e avaliação dos programas de controle da hipertensão, diabetes e tabagismo pelas unidades básicas de saúde, visando melhorar a acessibilidade, o diagnóstico e tratamento adequado destas doenças e programar ações que proporcionem hábito e estilo de vida saudável, voltados para um melhor controle clínico destas doenças.

Os avanços tecnológicos para recuperação da saúde são importantes, porém há necessidade de se ter olhares mais condolentes quando a possibilidade de cura não existe mais. Existem muitas doenças que levam a este estágio como o câncer, doenças neurológicas

progressivas, síndrome da imunodeficiência adquirida e outras doenças de órgãos vitais. Nestes casos os pacientes necessitam de atenção especializada e de uma abordagem diferenciada - os cuidados paliativos. Cuidados paliativos constituem uma abordagem para promover a qualidade de vida dos pacientes no enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Isto requer a identificação da doença com seus agravos, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial ou espiritual e o acompanhamento das ações de familiares e cuidadores (OMS, 2002). O NRAD/RSS atende, em domicílio, os pacientes com câncer avançado, fora de possibilidade de cura. Sabemos que, pela diversidade cultural, a abordagem ao paciente e a família sobre o melhor local onde o evento do óbito deve ocorrer deve ser individualizada, mas sempre que for possível e seguro, a equipe multiprofissional oferece a opção de a morte vir a ocorrer em domicílio. A maior proporção de óbitos por neoplasia evidenciada no estudo pode ser justificada, então, pelo fato da maioria destes pacientes encontrar-se em estágio avançado da doença. O enfoque terapêutico é sistematizado pela equipe multiprofissional no alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida e no acompanhamento do paciente e família no sofrimento intenso da fase final da vida, cobrindo a dor e a angústia com assistência humanizada, repudiando a futilidade terapêutica. Por outro lado, os pacientes com afecções do sistema neurológico, principalmente o AVE e as demências, têm um tempo mediano maior de permanência, por que entram na atenção domiciliar geralmente na fase inicial da doença, após internação hospitalar, necessitando de acompanhamento sistemático e cuidado.

Kuo et al. (2004) destacaram vantagens no atendimento domiciliar específico ao idoso, como a melhora na saúde mental, estado funcional e nenhum aumento nos custos. Os autores ainda ressaltam que esse tipo de programa além de visar à sobrevida, também promove o retardamento da institucionalização, redução de custos e melhoria da qualidade de vida.

A probabilidade de sobrevivência estimada no estudo é um marco na história da atenção domiciliar da SES-DF. Trata-se de um resultado inédito. A probabilidade de sobrevivência aos 6 meses de acompanhamento foi de 80,16%, aos três anos esta probabilidade reduziu-se para 51,24% e aos cinco anos reduziu-se para 38,68%. Este dado é extremamente importante para a gerência do programa no que se refere ao planejamento das ações que objetivam a melhoria da qualidade de assistência e na busca de recursos que irão potencializar as chances de sobrevivência do paciente em atenção domiciliar, sabendo que, quanto mais precoce for sistematizado pela equipe multidisciplinar as ações de tratamento, recuperação e reabilitação do paciente, maior será a probabilidade de sobrevivência.

O tempo mediano de sobrevivência no presente estudo foi, aproximadamente, 35 meses, ou seja, 35 meses é o tempo em que se esperaria que 50% dos pacientes estivessem vivos. Este dado poderá ser considerado um grande sinalizador para a gerência do programa quanto à importância de programar uma sistematização de cuidados em domicílio logo nos primeiros meses de atendimento a fim de aumentar a probabilidade de sobrevivência nesta modalidade de assistência. O estudo também comparou, sem analisar a magnitude das associações e nem a predição de risco para maior ou menor sobrevivência do paciente no programa, as probabilidades de sobrevivência em relação a – idade, sexo, grau de dependência, presença ou não de animais em domicílio e tipo de acomodação do paciente (quarto coletivo e quarto individual). Todas as probabilidades nas comparações foram estatisticamente significativas. Estes dados alertam para as diferenças quanto à probabilidade acumulada de sobrevivência segundo vários fatores, o que gera oportunidades para que novos estudos sejam realizados com base nestas análises preliminares, que poderão subsidiar o programa com novas informações quanto a riscos diferenciados.

O fato das doenças infecciosas (DI) não terem feito parte do grupo de diagnósticos de admissão dos pacientes no estudo pode ser justificado pelo caráter evolutivo agudo que estas apresentam. As DI diagnosticadas

secundariamente tem evolução, geralmente, aguda, sendo assim, não se caracterizam como elegíveis para a admissão na atenção domiciliar. Entretanto, no decurso do acompanhamento, elas têm aumento de sua frequência devido ao próprio processo de envelhecimento, a restrição do paciente ao leito com conseqüente imobilidade e a necessidade de realizar processos invasivos, como sondagens, por exemplo. Estas doenças estão presentes em 394 (40,49%) dos casos analisados e, de um total de 431 óbitos registrados no período estudado, 175 casos (40,60%) foram de pacientes que apresentaram alguma DI durante o acompanhamento domiciliar. A frequência das DI pode estar subestimada devido à deficiência de anotações nos prontuários pelos profissionais; muitas vezes o paciente é internado no hospital com alguma DI e a família não comunica ao programa no ato da internação, o que também gera uma sub-notificação nos prontuários. Outra limitação deste estudo foi o fato do serviço não ter registro no prontuário do paciente da causa do óbito que consta no atestado de óbito. Grande parte dos óbitos é verificada em domicílio, mas para que o atestado de óbito possa ser emitido, faz-se necessário a ida de um familiar ao hospital regional para cumprimento dos trâmites legais e não há arquivamento de uma via deste atestado no NRAD/RSS. Como o Programa não presta atendimento emergencial, outra parte dos óbitos destes pacientes ocorre no ambiente hospitalar, principalmente no plantão noturno e de fins de semana, quando outro médico, que geralmente não faz parte da equipe, preenche o atestado de óbito com base nos dados do prontuário do paciente do NRAD/RSS. Mesmo nestes casos, o serviço não retém esta informação. Esta é uma situação que merece discussão junto à gerência do programa, no sentido que sejam adotadas estratégias para que os profissionais do núcleo tenham acesso à causa do óbito que consta no atestado e que possam registrá-la no prontuário do paciente, pois é uma informação relevante não só para o planejamento de ações, mas para servir de fonte para estudos futuros. É possível supor que alguns óbitos tenham tido como causa as DI evidenciadas no estudo, mas pela ausência desta informação no prontuário do paciente, não foi possível apresentar este dado. Outro



resultado do estudo que merece discussão é o alto percentual de cuidadores formais entre os pacientes acometidos por doenças infecciosas. Dos 193 cuidadores formais (19,80%) identificados em toda a população do estudo, mais da metade (51,80%), foi encontrada entre os pacientes que apresentaram este diagnóstico, o que sugere a necessidade de treinamento contínuo de cuidadores e familiares pela equipe multiprofissional. Com esta preocupação, o NRAD/RSS tem realizado alguns encontros com os cuidadores, visando à educação continuada e, sempre que necessário, familiares recebem orientações específicas da equipe para a melhora do cuidado. Sabe-se que outros núcleos realizam tais ações.

As doenças infecciosas (DI) são de grande importância clínica principalmente nos pacientes idosos em atenção domiciliar e, sobretudo, para aqueles que se encontram institucionalizados, já que são responsáveis por 1/3 da mortalidade em indivíduos com idade acima de 65 anos (Werner & Kuntsche, 2000; Mouton et al., 2001). Rhinehart, em publicação do ano 2001, relatou que apesar do serviço de *Home Care* ter sido intensificado nos EUA na década anterior, estudos forneciam, até então, pouca orientação e informação de como estimar a incidência de doenças infecciosas, bem como dos fatores de risco associados, que incluem a idade avançada e as doenças crônicas. Por desconhecimento e falta de orientação, cuidadores e familiares adotavam medidas de prevenção e controle de infecção em domicílio desnecessária e de alto custo. Os profissionais de saúde devem conhecer os princípios de controle de infecção e assumir a responsabilidade de educar os familiares e cuidadores das estratégias adequadas de prevenção e controle das doenças infecciosas para que os mesmos possam desenvolver suas próprias abordagens na tentativa de melhorar a qualidade do cuidado e o controle da infecção em *Home Care* (Rhinehart, 2001). Os idosos são particularmente suscetíveis a infecções hospitalares, principalmente respiratórias, de pele e urinárias. Um estudo retrospectivo de 1.200 infecções hospitalares encontrou um risco dez vezes maior entre o grupo etário de 70 a 79 anos do que entre o grupo de 40 a 49 anos (Gross et al., 1983). A análise bivariada evidenciou que na atenção domiciliar da

Regional de Saúde de Sobradinho, a idade também foi um fator que esteve associado com a presença de DI. O diagnóstico de doença crônico-degenerativa e o próprio envelhecimento tornam o paciente mais susceptível a infecções. Como já mencionado neste trabalho, os idosos naturalmente possuem uma resistência menor para as DI, já que seu organismo não apresenta a mesma capacidade funcional que possuía na juventude e na maturidade, o que justifica o resultado. O quantitativo de óbitos provocados por essas doenças tem diminuído ao longo dos anos, mas ainda representam importante fator de morbidade e mortalidade nas faixas etárias mais avançadas, mesmo em países desenvolvidos (Francisco et al., 2005).

O fato de o sexo feminino estar significativamente associado com o conjunto das DI pode ser justificado pela alta frequência de ITU evidenciada no estudo. As mulheres têm uma maior susceptibilidade às infecções urinárias devido à anatomia própria da genitália feminina.

Segundo a Embry e Chinnes (2008), vários fatores ambientais contribuem para o desenvolvimento de infecção no paciente internado em *Home Care* como – déficit no saneamento, encanamento inadequado, equipamentos contaminados, além de infestação de roedores e/ou insetos podem aumentar o risco dos pacientes adquirirem infecção no ambiente domiciliar. Os fatores de risco que não estão diretamente associados com o estado de saúde do indivíduo no ambiente domiciliar, mas que podem deixar os pacientes susceptíveis à infecção são – a situação socioeconômica, instrumentos terapêuticos (acesso venoso, cateteres urinários), tratamentos quimioterápicos e de radioterapia, hábitos de vida (alcooolismo, uso de drogas), higiene pessoal, medicamentos, história ocupacional e também a presença ou ausência de cuidados de enfermagem. Como já mencionado, uma limitação deste estudo foi a impossibilidade de realizar análises mais acuradas das condições socioeconômicas, entretanto, a baixa escolaridade apresentada e o alto percentual de cuidadores informais são indícios de que a condição sócioeconômica da população do estudo seja baixa. A análise bivariada evidenciou que a acomodação do paciente em quarto coletivo e a presença de animais em domicílio foram estatisticamente associadas com

alguma DI. A necessidade de aglomeração de vários indivíduos no mesmo ambiente de repouso do paciente (quarto coletivo) pode favorecer a propagação de doenças infecciosas. Estes dados devem alertar a equipe multiprofissional para uma maior vigilância das condições de higiene nos domicílios onde também existem animais.

Optou-se por não realizar análise multivariada para o conjunto das doenças infecciosas por que estes resultados teriam baixo valor prático e pouco sentido biológico, uma vez que houve comportamento diferenciado dos fatores de risco entre as DI específicas (PN, FI e ITU).

Como já mencionado na revisão bibliográfica, para as internações hospitalares realizadas em todo o país no ano de 2010, das doenças do aparelho respiratório listadas, a pneumonia aparece em primeiro lugar entre as causas de internações de idosos (SUS). Segundo o DATASUS a pneumonia constitui a segunda causa de internação hospitalar entre os idosos superada apenas pela insuficiência cardíaca. Alguns estudos epidemiológicos comprovam que a incidência de pneumonia aumenta com o avançar da idade e durante os surtos de gripe e, por esta razão, foi instituída, no Brasil, a vacinação contra influenza para os idosos, a partir do ano de 1998.

De acordo com Chenoweth *et al.* (2007), os principais agentes causadores da pneumonia em *Home Care* são – *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. Embora esses microorganismos sejam similares àqueles relacionadas à pneumonia no hospital, a incidência e mortalidade são muito menores em *Home Care*.

Em *Home Care*, a pneumonia é diagnosticada por meio da presença de pelo menos três dos seguintes sinais e sintomas - surgimento ou aumento da tosse; surgimento ou aumento de secreção pulmonar, surgimento ou aumento de secreção pulmonar purulenta, febre, confusão mental, surgimento ou aumento de achados na ausculta pulmonar e surgimento de dificuldade respiratória (Embry & Chinnes, 2008). Na atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho-DF, o profissional médico firma diagnóstico de pneumonia considerando a clínica do paciente; estado

geral e exame físico. Caso o mesmo apresente dificuldade respiratória, tosse, confusão mental e alteração na ausculta pulmonar, o diagnóstico é estabelecido e o tratamento é iniciado. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2007), existem inúmeros fatores de risco para a pneumonia hospitalar e para a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Alguns dos fatores de risco existentes tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar são – procedimentos e/ou dispositivos invasivos, lavagem inadequada das mãos, presença de úlceras por pressão, presença de traqueóstomo, intubação orotraqueal e presença de ventilação mecânica.

Os fatores acima descritos não foram analisados neste estudo. No entanto, a pneumonia continua sendo a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo, apesar de todo avanço do arsenal terapêutico e da disponibilidade de novas drogas no seu tratamento. A pneumonia é a sexta causa de morte nos EUA e a quinta no Brasil, na população idosa (Almeida & Ferreira, 2004). Neste estudo, o modelo final da análise multivariada de regressão logística para o desfecho de pneumonia, os fatores idade e acomodação em quarto coletivo foram às variáveis que se mantiveram associadas e o sexo feminino foi fator de proteção. Como o tratamento da pneumonia é complexo e o agente etiológico é identificado em apenas pouco mais de 50% dos casos, a equipe médica de posse destas análises e por meio da clínica do paciente poderá instituir a terapêutica recomendada o mais rapidamente possível, especialmente levando-se em consideração a idade e as condições de acomodação. Entre as limitações do presente estudo deve-se considerar que, devido à ausência de informação nos prontuários, não foi possível analisar associação entre pneumonia e vacinação contra influenza.

As feridas infectadas (FI) foram encontradas em 14,97% dos casos, havendo pouca diferença entre os sexos. Isto pode ser explicado pela alta incidência de úlceras por pressão e pelo fato da imobilidade do paciente ao leito ser o principal fator de risco que contribui para o seu desenvolvimento (Brink *et al.*, 2006). A casuística do estudo confirma esta assertiva uma vez

que, dos 973 pacientes atendidos em domicílio, 441(45,30%) eram de pacientes acamados e com dependência total para as atividades de vida diária. Um estudo realizado na Itália, envolvendo pacientes em atenção domiciliar, revelou que a prevalência de úlcera por pressão era alta (Landi et al., 2007). Úlcera por pressão é qualquer alteração da integridade da pele decorrente da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura (Blanes et al., 2004). Alguns autores defendem a idéia de que a incidência destas feridas é diretamente proporcional ao nível de conhecimento e compromisso da equipe multidisciplinar na atenção à saúde e que, nos serviços onde o compromisso é maior, sua incidência seja menor. Segundo Olshansky (1994) a maior parte das úlceras por pressão ocorre não porque o paciente tem risco elevado para desenvolvê-las, mas porque a equipe de saúde e os cuidadores não foram vigilantes o suficiente e o paciente permaneceu muito tempo na mesma posição.

Os fatores que foram estatisticamente associados com o desfecho de ferida infectada no estudo foram - presença de animais no domicílio e paciente com maior grau de dependência, este como fator de proteção para o desenvolvimento de ferida infectada. Apesar de parecer controverso, este dado pode ser justificado no estudo em virtude do agrupamento que foi realizado em relação ao grau de dependência. Quando agrupamos pacientes dependentes foram considerados os graus 3, 4 e 5 da escala de AVD, ou seja, existem neste agrupamento pacientes com dependência parcial e que, portanto, não estão totalmente restritos ao leito. Além disto, pacientes dependentes são mais acolhidos e vigiados pela família no sentido de evitar intercorrências infecciosas que possam justificar uma reinternação hospitalar. Outro dado evidenciado no estudo é que os pacientes com maior grau de dependência são atendidos por cuidadores formais, pessoas geralmente com capacitação para executar medidas de prevenção destas feridas, o que pode justificar o maior grau de dependência, como fator protetor. Hipotetiza-se que animais no domicílio podem ser geradores de

condições de higiene ambientais não adequadas, favorecendo a infecção das feridas.

Na atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho-DF, o profissional enfermeiro é o responsável pela avaliação, estadiamento e tratamento das feridas. Antes do ano de 2006, como só havia um enfermeiro na equipe multiprofissional, este delegava à equipe técnica a realização de grande parte dos curativos, o que nos leva a supor que existiu uma subnotificação destas FI. Nem todas as úlceras por pressão podem ser prevenidas, mas as medidas de prevenção devem ser conhecidas e utilizadas por todos os pacientes em risco, seus familiares e cuidadores, daí, novamente, a importância deste dado no estudo. A equipe deve estar alerta aos fatores associados a esta doença para que as medidas de proteção sejam adotadas logo que possível e a família e cuidadores recebam todo o suporte necessário para esta ação. A gerência do programa, atenta a esta situação, tem trabalhado no sentido de incentivar a participação da equipe em seminários e congressos de atualização em feridas e, desde o ano de 2008, em parceria com a FEPECS, tem promovido cursos de extensão em atenção domiciliar para os profissionais que atuam no programa, pois entende tratar-se de um problema multidisciplinar cuja resposta passa pela adoção de uma linguagem única e de uma uniformização de condutas.

O uso de cateteres vesicais de demora em pacientes internados em domicílio é alto e está associado à incidência aumentada de infecções do trato urinário. Os agentes etiológicos, mais freqüentemente envolvidos com ITU adquirida na comunidade são em ordem de frequência – a *Escherichia coli*, o *Staphylococcus saprophyticus*, espécies de *Proteus* e de *Klebsiella* e o *Enterococcus faecalis*. A *E. coli*, sozinha, é responsável por 70% a 85% das infecções do trato urinário adquiridas na comunidade (Gupta et al., 2001).

O trato urinário é o local mais atingido na população idosa e a fonte mais frequente de bacteremia. As ITU têm incidência progressiva porque os idosos apresentam mais fatores de risco – a imunodeficiência relacionada à idade, as alterações funcionais e orgânicas do trato geniturinário, a

imobilidade e a presença de doenças sistêmicas (Perez *et al.*, 2003). A maior suscetibilidade à infecção no sexo feminino é devido às condições anatômicas – uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com ânus. O maior comprimento uretral, maior fluxo urinário e o fator antibacteriano prostático conferem fator de proteção ao homem. Nestes, são fatores de risco o cateterismo vesical e a hiperplasia prostática comum em idosos (Shor *et al.*, 1995). Na atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho-DF, o profissional médico firma diagnóstico de ITU considerando a clínica do paciente, tendo relevância o quadro de confusão mental, principalmente em idosos. Além disto, febre em pacientes jovens, e em alguns casos, queixa de disúria.

No modelo final mantiveram-se significativamente associados com a infecção do trato urinário – idades acima de 81 anos, sexo feminino, acomodação em quarto coletivo e presença de animais em domicílio. Houve, ainda, interação estatisticamente significativa entre acomodação em quarto coletivo e o sexo feminino

Os fatores acima descritos são de extrema relevância para o programa, uma vez que o estudo evidenciou que dos 750 idosos apresentados no estudo, 343 pacientes (45,73%), têm idade acima de 80 anos, estrato etário que esteve associado em todas as análises com o desfecho de infecção do trato urinário. Há predominância de pacientes do sexo feminino entre os pacientes com ITU, a acomodação do paciente em quarto coletivo é prática freqüente e os animais estiveram presentes em mais da metade dos domicílios nesta modalidade de assistência. Segundo Fihn (2003), pacientes com piores condições socioeconômicas e obesas estão mais predispostos a desenvolver infecção do trato urinário. O fator obesidade não foi analisado neste estudo e hipotetizamos que a acomodação do paciente em quarto coletivo possa ser um indicador da condição socioeconômica, embora não se tenha investigado o que motiva esse tipo de acomodação. Sabemos que os pacientes que estão acomodados em quarto coletivo têm menor espaço físico e o trânsito de pessoas dentro do seu ambiente é maior. Aliado a isto, é prática rotineira

que familiares e cuidadores toquem nos animais como forma de oferecer carinho e, muitas vezes, esquecem-se de lavar as mãos ao tocar nos pacientes, o que poderia potencializar o risco de infecções. A equipe deve estar alerta a estes fatos e sempre orientar familiares e cuidadores da importância de se manter uma boa higiene individual e do ambiente. Além disto, é imprescindível a lavagem das mãos antes e depois de prestar algum cuidado no paciente. O diagnóstico prematuro de infecção urinária em idosos é mais difícil, principalmente pela ausência de sinais e sintomas típicos de processo infeccioso, como a febre. A equipe multidisciplinar de posse destes dados terá condições de realizar uma ação mais proativa, no sentido de minimizar a incidência desta doença, quando identificados os fatores de risco estimados nas análises, e assim o médico poderá firmar um diagnóstico mais precoce e instituir terapêutica adequada ao caso, reduzindo os agravos da doença.

O acesso aos serviços de saúde é um dos mais graves problemas enfrentados pela população brasileira, principalmente entre os idosos. A atenção domiciliar está transformando-se numa importante alternativa para minimizar tal problema. Entretanto, os gestores devem garantir a mesma integralidade de assistência da internação hospitalar e não reconhecer neste modelo de atenção à saúde somente uma forma de redução de custos. Vários países estão realizando reformas substanciais para melhorar a atenção domiciliar durante o enfrentamento do luto. No ano de 2004 os Estados Unidos e a Austrália anunciaram novos aumentos do financiamento em *Home Care* e o Reino Unido investiu 12 milhões de libras em um programa de *Home Care (End-of-Life Care)* destinado a cuidados ao fim da vida (OMS, 2004). De acordo com Lacerda et al. (2006) a atenção domiciliar é uma opção segura e eficaz que está adquirindo importância nas distintas organizações sanitárias e sociais, assinalando que diferentes setores a consideram como uma alternativa viável e promissora.

O óbito em domicílio é uma situação, recomendada em alguns casos, pelos profissionais que atuam na atenção domiciliar. Sempre que for possível e seguro, a alternativa de “morrer em casa” é estimulada aos



familiares, uma vez que esta condição propicia uma morte digna, diante de tanto sofrimento enfrentado no processo do adoecimento. Para muitas pessoas o lar é muito mais do que um espaço físico, ele representa proteção aconchego, presença de entes queridos, autonomia e esta representação torna-se mais significativa quando o enfrentamento da morte chega por meio de uma doença crônica ou terminal. Dar opção ao paciente para morrer em casa é mais do que uma alternativa de cuidados, é oferecer dignidade e autonomia de decisão em uma das situações mais difíceis que o ser humano poderia enfrentar.

Para Chaimowicz (1997), o conhecimento da morbidade e das causas de morte em idosos é de fundamental importância para o planejamento de estratégias visando à promoção e a recuperação e a profilaxia de doenças. É importante conhecer os fatores de associados ao óbito para minimizar os riscos dos cuidados prestados ao paciente em processo terminal. Um dos principais objetivos de oferecer a opção da morte ocorrer em domicílio é dar autonomia e dignidade até o fim da vida, é melhorar sua qualidade de vida no processo final e não só adiar sua morte. Ainda segundo Chaimowicz (1997), as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da gravidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. O declínio funcional, que ocorre com o avançar da idade, pode estar relacionado com o menor grau de autonomia e pode favorecer o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos. O maior grau de dependência funcional foi um fator independentemente associado ao óbito, evidenciando as relações entre as doenças não-transmissíveis de base (geradoras da internação em domicílio), a perda da autonomia e o óbito. Embora as doenças infecciosas sejam muitas vezes associadas ao desfecho do óbito, no presente estudo optou-se por não estudá-las como fator de risco para o óbito porque havia diferença temporal no registro dos dados do prontuário. Todos os fatores analisados para o desfecho do óbito foram colhidos no ato de admissão do paciente, mas as doenças infecciosas foram registradas à medida que foram diagnosticadas e ao longo da permanência do paciente no

programa. A análise das DI como fator de risco para óbito geraria uma diferença na temporalidade do registro dos eventos analisados, para um único fator, o que poderia enviesar os resultados. A maioria dos pacientes do estudo foi de pessoas idosas, com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis e alto grau de dependência funcional, fatores que se mantiveram associados em todas as análises com o desfecho do óbito. Acredita-se que a adoção de estratégias de promoção e recuperação a saúde do idoso é imprescindível nesta modalidade de assistência, porém o cuidado multidisciplinar para promover a reabilitação dos pacientes, melhorando a sua capacidade funcional, diminuindo suas limitações físicas e melhorando sua autonomia, pode contribuir para a diminuição do óbito em domicílio.

Várias limitações do estudo já foram comentadas ao longo da discussão. Ressalta-se que o estudo de comorbidades, que podem atuar como fatores de risco tanto para as complicações infecciosas como para o óbito, não foi objetivo deste trabalho, o que também constitui uma limitação dos dados. Hipotetiza-se que alguns dos fatores associados às doenças infecciosas e óbitos, nos modelos multivariados, estejam ainda sofrendo o efeito de confundimento de variáveis não estudadas, como as socioeconômicas; as nutricionais; o uso de equipamentos e de procedimentos médicos; a presença de comorbidades; e características outras relacionadas aos cuidadores. A análise a partir dos dados secundários, no entanto, foi inédita, e poderá subsidiar o programa com informações relevantes, além de abrir campo para futuros estudos, com dados secundários ou primários, que poderão aprofundar os atuais achados.

## 7. CONCLUSÕES

1. A maioria dos pacientes (77,08%) em atenção domiciliar no NRAD/RSS, no período de 2003 a 2010, foi de idosos (60 anos e mais);
2. A mediana das idades foi 74 anos e a moda 79 anos;
3. Do número total de pacientes, 419 foram do sexo masculino (43,10%) e 554 foram do sexo feminino (56,90%);
4. A maioria dos pacientes (80,20%) do NRAD/RSS foi assistida por cuidador informal;
5. O tempo mediano de acompanhamento foi de 12,23 meses, o que corresponde a 367 dias, considerando-se para os ativos, a data de 30 de junho de 2010;
6. Com relação à escala de incapacidade funcional para as atividades da vida diária, 95,70% dos pacientes encontravam-se entre os graus 3 a 5;
7. Os acidentes vasculares encefálicos (AVE) e as neoplasias representaram quase a metade dos diagnósticos (47,48%) de entrada;
8. As neoplasias de mama, útero e ovário, exclusivas das pacientes femininas, representaram 41,85% do total de neoplasias, e as neoplasias de próstata, exclusivas dos pacientes masculinos, 19,02%.
9. Do número total de pacientes, 431 pacientes foram a óbito (44,30%). A maior frequência de óbitos ocorreu entre os pacientes diagnosticados com neoplasia, 140 casos (32,48%);
10. Foram atendidos 750 pacientes idosos (60 anos e mais) pelo NRAD/RSS (77,08%), 301 homens e 449 mulheres. A mediana das idades foi de 79 anos. O tempo mediano de permanência no programa foi de 358 dias (11,93 meses). Ocorreram 363 óbitos (48,40%), 212 altas (28,27%) e 175 pacientes (23,33%) permaneceram ativos no programa até 30 de junho de 2010. Duzentos e quarenta e quatro (32,53%) tiveram diagnóstico de AVE. Dos 750 idosos

apresentados no estudo, 343 pacientes (45,73%), têm idade acima de 80 anos, com mediana de 86 anos;

11. Trezentos e noventa e quatro casos foram diagnosticados secundariamente com alguma DI (40,50%). Entre as DI, as infecções do trato urinário foram as mais frequentes, com 198 casos (50,25%), seguida por pneumonias com 96 casos (24,37%) e feridas infectadas, que foram diagnosticadas em 59 casos (14,97%);
12. A maioria das residências dos pacientes possui rede de água tratada – 720 (74,00%); coleta de esgoto - 715 (73,50%); e coleta formal de lixo - 935 (96,10%); Houve registro da presença de animais domésticos no domicílio em 541 casos (55,60%); e 662 pacientes (68,00) usam quarto individual;
13. A probabilidade de sobrevivência aos 6 meses de acompanhamento foi de 80,16%, aos três anos esta probabilidade reduziu-se para 51,24% e aos cinco anos reduziu-se para 38,68%. O tempo mediano de sobrevivência no presente estudo foi, aproximadamente, 35 meses.
14. Idade, sexo, grau de dependência, presença ou não de animais em domicílio e tipo de acomodação do paciente (quarto coletivo e quarto individual) foram variáveis estatisticamente relacionadas com o tempo de sobrevivência.
15. No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associados e estatisticamente significativos para o desfecho de pneumonia – idades acima de 80 anos, acomodação em quarto coletivo e sexo feminino, como fator protetor;
16. No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associados e estatisticamente significativos para o desfecho de ferida infectada, a presença de animais em domicílio e maior grau de dependência, como fator protetor;
17. No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associados e estatisticamente significativos para o desfecho de infecção do trato

urinário – idades acima de 81 anos, sexo feminino, acomodação em quarto coletivo e presença de animais em domicílio;

18. No modelo final de análise multivariada mantiveram-se associados e estatisticamente significativos para o óbito – idades acima de 30 anos e maior grau de dependência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). O Que são Cuidados Paliativos? 2009 [cited 2010 jul 26.]; Available from - [http - //www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados](http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados).

Almeida JR, Ferreira FOF. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos - aderência ao consenso Brasileiro sobre Pneumonias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2004; 30(3):229-236.

Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care) - sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Revista de Neurociências*. 2001;9(3):111-117.

Arking R. *The Biology of Aging - observations and principles*. 3rd ed. Oxford - Oxford University Press; 2006; 95-319

Barja G. Free radicals and aging. *Trends in Neurosciences*. 2004;27(10):595-600.

Bastos WNL. Programa de Internação Domiciliar - a experiência de um hospital de referência [Dissertação]. Fortaleza - Universidade Estadual do Ceará; 2006.

Ben LWD, Gaidzinski RR. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de Enfermagem em Assistência Domiciliária. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*. 2001 ago.;41(1):40-44.

Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2004;50(2):182-187.

Brink P, Smith TF, Linkewich B. Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(6):1369-1375.

Brunini CRD. *Aforismos de Hipócrates*. 1 ed. São Paulo - Typus; 1998.

Cairus HF, Ribeiro Jr. WA. *Textos Hipocráticos - O Doente, o Médico e a Doença*. Rio de Janeiro - Fiocruz; 2005 - 252p.

Caruso C, Buffa S, Candore G, Colonna-Romano G, Dunn-Walters D, Kipling D, et al. Mechanisms of immunosenescence. *Immunity & Ageing*. 2009; 6(1):1-8

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI - problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 1997; 31:184-200.

Chenoweth CE, Wascher LL, Obeyesekera K, Friedman c, Brewer K, Fugitt GE, Lark R. Ventilator-associated pneumonia in home care setting. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2007; 8:910-915.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being - a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000; 50:1385-1401.

Curtis HJ. Biological Mechanisms Underlying the Aging Process. *Science*. 1963; 141(3582):686-694.

Duarte LRS. Idade Cronológica - mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 1999; 2:35-47.

Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar - um enfoque gerontológico. São Paulo - Atheneu; 2000; 372-419.

Embry FC, Chinnes LF. APIC - HICPAC Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections. Washington (DC) - Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. 2008 february 2008.

Felgar JAS. Uma expressão da linguagem numérica In: Kalache A, Karsch UM, editors. *Envelhecimento com dependência - revelando cuidadores*. São Paulo - Educ; 1998. p. 47-85.

Fihn SD. Clinical Practice. Acute Uncomplicated Urinary Tract Infection in Women. *New England Journal of Medicine*. 2003; 349: 259-66.

Francisco PMSB, Donalisio MRdC, Lattorre MdRDdO. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(1):75-81.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults - evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology, Series A: Medical Sciences*. 2001; 56(3):M146-56.

Garcia LP, Montenegro MMS, Ramalho WM. Mortalidade no Brasil - situação de 2008 e evolução segundo principais grupos de causas no período de 1980 a 2008. In - Ministério da Saúde, editor. *Saúde Brasil 2009 - uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília - Ministério da Saúde; 2010. p. 45-70.

Gilca M, Stoian I, Atanasiu V, Virgolici B. The oxidative hypothesis of senescence. *Postgraduate Medical Journal*. 2007; 53(3):207-213.

Goldsmith TC. *The Evolution of Aging*. Annapolis - Azinet LLC; 2006-200p.

Gross PA, Rapuano C, Adrignolo A, Shaw B. Nosocomial infections - decade specific risk. *Infection Control*. 1983; 4(3):145-147.

Gupta K, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135(1):41-50.

Harman D. The aging process - major risk factor for disease and death. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1991 Jun 15; 88(12):5360-5363.

Hazzard W, Blass J, Halter J, Ouslander J, Tinetti M. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3<sup>rd</sup> ed. New York - McGraw Hill; 1994; 1487-1502.

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro - Objetiva; 2001; 885p.

Hulbert AJ, Pamplona R, Buffenstein R, Buttemer WA. Life and death - metabolic rate, membrane composition, and life span of animals. *Physiological Reviews*. 2007; 87(4):1175-1213.

IBM. Statistical Package for Social Science (SPSS). 17.0 for Windows ed. Chicago 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico de 2010. [Internet ]; IBGE; 2011. [cited - 2011 aug 18]. Available from - [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2009 [Internet ]; IBGE; 2010. [cited - 2011 feb 10 ]. Available from -<http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009>.

Janssens JP. Aging of the respiratory system - impact on pulmonary function tests and adaptation to exertion. *Clinics in Chest Medicine*. 2005; 26(3):469-484.

Janssens JP, Pache JC, Nicod LP. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *European Respiratory Journal*. 1999; 13(1):197-205.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O Envelhecimento da População Mundial. Um novo desafio. *Revista de Saúde Pública*. 1987; 21(3):200-210.

Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival - a meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2004; 39(3):245-254.

Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio - modalidades que fundamentam sua prática. *Saude e Sociedade*. 2006; 15(2):88-95.

Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; 44 Suppl 1:217-223.

Leme EO. Home Care no Brasil. 2005 [cited 2010 jul 23]; Available from - <http://www.portalthomecare.com.br/home-care/historia-do-home-care/58-introducao>.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, usos de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira - um estudo descritivo baseado na Pesquisa



Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(3):735-743.

Mendes EV. Assistência Domiciliar. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), editor. Redes estaduais de atenção à saúde. Brasília - Conass; 1985. p. 78-93.

Mendes Júnior WV. Assistência domiciliar - uma modalidade de assistência para o Brasil [Dissertação]. Rio de Janeiro - Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000-97p.

Mendes W. Home care - uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro - UERJ, UnAT; 2001. [cited 2010 sep 29]; Available from - [http - //www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati4.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati4.pdf)

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Idosos - problemas e cuidados básicos. Brasília - MPAS – Normas e manuais técnicos; 1999 - 115p.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196- Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília - Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria n. 2.416 – Estabelece requisitos para o credenciamento de Hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Brasília - Ministério da Saúde; 1998

Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 - Dispõe sobre a organização e implementação de programas de controle de Infecção Hospitalar. Brasília - Ministério da Saúde; 1998.

Ministério da Saúde. Lei n. 10.424 - Dispõe sobre a regulamentação da Internação Hospitalar dentro do Sistema Único de Saúde. Brasília - Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Portaria n. 2.529 - Institui Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Portaria 2.527 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada n. 11 - Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília - Ministério da Saúde; 2006.

Mouton CP, Bazaldua OV, Pierce B, Espino DV. Common infections in older adults. American Family Physician. 2001; 63(2):257-268.

Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 Supl 1:S4-S6.

- Oliveira FA, Reis MA, Castro ECdC, Cunha SFdC, Teixeira VdPA. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2004; 37(1):33-36.
- Olshansky K. Pressure ulcers - no more excuses-assess institutions instead of patients. *Advanced Wound Care*. 1994; 7(6):8-12.
- Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2004; 15(4):233-241.
- Peres A, Nardi NB, Chies JAB. Imunossenescência - O envolvimento das células T no envelhecimento. *Biociências*. 2003; 11(2):187-194.
- Perez MDC, Carrerette FB, Dekermacher S. Infecção do Trato Urinário - Classificação Geral e Quadro Clínico. *International Brazilian Journal of Urology*. 2003; 29(3):3-10.
- Rath G. Figuras célebres da Medicina Tropical. 1 ed. Rio de Janeiro - Olímpia; 1963. 4-10.
- Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde - subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 Suppl:231-242.
- Rejane MI, Carleti SMM. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In - Netto-Papaléo M, editor. *Gerontologia*. São Paulo - Atheneu; 1996. p. 415-438.
- Rhinehart E. Infection Control in Home Care. *Emerging Infectious Diseases*. 2001; 7(2):208-211.
- Ribeiro CA. Assistência Domiciliar - uma 'nova' modalidade de atenção à saúde. 2004 [cited 2010 jul 29]; Available from - [http - //www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm](http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm).
- Rice R. Home care nursing practice - historical prespective and philosophy of care. In - RICE R, editor. *Home care nursing practice - concepts and application*. St Louis - Mosby; 2001. p. 3-14.
- Rogers K. *Infectious Diseases*. 1rd ed. New York - Britannica Educational; 2011; 228p.
- Rosa WdAG, Labate RC. Programa saúde da família - a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; 13(6):1027-1034.
- Schor N, Heilberg IP, Perrone HC, Laranja SMR, Gandolpho L, Martini LA, et al. Infecção do trato urinário inferior - cistite e síndrome uretral. *Revista Brasileira de Medicina*. 1995; 52(3):141-164.
- Schoueri Jr, Ramos LR, Papaleo NM. Crescimento Populacional - aspectos demográficos e sociais. In - Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET, editors. *Geriatrics - Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 20 ed. São Paulo - Atheneu; 2000. p. 9-29.

Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal. Estatuto do idoso. 4 ed. Distrito Federal - Positiva; 2009.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 56 - Formaliza o programa de Internação Domiciliar na SES-DF. Brasília - SES-DF; 2008.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal. Brasília - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2008.

Sharma G, Goodwin J. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging*. 2006; 1(3):253-260.

Silva EPN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos - indicações para programas de suporte familiar. In: NERI AL, editor. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas - Papyrus; 1993. p. 213-236.

Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(3):391-397.

Silva VL, Leal MCC, Marino JG, Marques APdO. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*. 2008; 24(5):1013-1023.

Sociedade São Vicente de Paula (SSVP). Regra da Sociedade de São Vicente de Paulo no Brasil. Rio de Janeiro - Conselho Superior da SSVP; 1996. [cited - 2010 jan 20]; Available from - <http://www.ssvpbrasil.org.br>.

Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*. 2000; 3(9):15-18.

Timo-Iaria C. O Envelhecimento. *Acta Fisiátrica*. 2003; 10(3):114-120.

Toscano CM, Oliveira WK, Carmo EH. Morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil. In: Ministério da Saúde, editor. *Saúde Brasil 2009 - uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília - Ministério da Saúde; 2010. p. 73-109.

United Nations (UN). Office of the High Commissioner for Human Rights. *Current Status of Social Situation, Well-being, Participation in Development and Rights of Older People Worldwide*. Geneva - UN; 2010. [cited -2010 oct 06]; Available from - <http://www.un.org/ageing/whatsnew%20PDF/Ageing%20Comprehensive%20report%202010%202%20September.pdf>

Valko M, Leibfritz D, Moncol J, Cronin MT, Mazur M, Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 2007; 39(1):44-84.

Vasto S, Malavolta M, Pawelec G. Age and immunity. *Immunity & Ageing*. 2006; 3(2):1-6.

Werner H, Kuntsche J. Infection in the elderly-what is different? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2000; 33(5):350-356.

World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2010. Geneva - WHO; 2010. [cited -2010 dec 08]; Available from - [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

<b>1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
INDEPENDENTE	0
PARCIALMENTE DEPENDENTE	2
DEPENDENTE	5
<b>2. CUIDADOS DE REABILITAÇÃO/FISIOTERAPIA</b>	
INDEPENDENTE	0
2 SESSÕES SEMANAIS	2
1 OU MAIS SESSÕES DIÁRIAS	5
<b>3. TERAPIA NUTRICIONAL</b>	
SUPLEMENTO ORAL	1
GASTROSTOMIA	2
SONDA NASOENTERAL	3
JEJUNOILEOSTOMIA	3
PARENTERAL	5
<b>4. QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR</b>	
ORAL	1
SUBCUTÂNEA	19
INTRAVENOSA	19
<b>5. SUPORTE VENTILATÓRIO</b>	
O2 INTERMITENTE OU NEBULIZAÇÃO	3
O2 CONTÍNUO	5
<b>6. OUTROS APOIOS TERAPÊUTICOS</b>	
SONDA VISICAL	1
TRAQUEOSTOMIA SEM SECREÇÃO	2
TRAQUEOSTOMIA HIPERSECRETIVA	19
ACESSO VENOSO CONTINUO	19
ACESSO VENOSO INTERMITENTE	19
<b>7. LESÃO VASCULAR CUTÂNEA</b>	
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU I	1
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU II	2
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU III	5
ÚLCERA DE PRESSÃO GRAU IV	19

**RESULTADOS -**

**8 A 12 PONTOS** = BAIXA COMPLEXIDADE.= ACOMPANHAMENTO

**13 A 18 PONTOS**= MÉDIA COMPLEXIDADE= ASSISTENCIA DOMICILIAR

**≥ 19 PONTOS** = ALTA COMPLEXIDADE = INTERNAMENTO DOMICILIAR

## **ANEXO 2**

### **Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola Para as Atividades de Vida Diária**

- Grau 0 – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- Grau 1 – Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- Grau 2 – Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- Grau 3 – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- Grau 4 – Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- Grau 5 – Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

## ANEXO 3



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0040/2010

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO:** 394/2010 – ATENÇÃO DOMICILIAR DA REGIONAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO/DF: ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES, COM ÊNFASE NAS DOENÇAS INFECCIOSAS, NO PERÍODO DE 2003 A 2010.

**Instituição Pesquisada:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 08/11/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 08 de novembro de 2010.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: [cepesdf@saude.df.gov.br](mailto:cepesdf@saude.df.gov.br)  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907

BRÁSILIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### ATENÇÃO DOMICILIAR DA REGIONAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO/DF - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES, ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS COM DOENÇAS INFECCIOSAS E ÓBITO, NO PERÍODO DE 2003 A 2010

#### QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

1. PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_
2. SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO
3. IDADE\*: \_\_\_\_\_
4. DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_
5. TIPO DE CUIDADOR - (1) FORMAL (2) INFORMAL
6. AVD - (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. DATA DE ADMISSÃO NO PROGRAMA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. STATUS NO PROGRAMA\*\*:  
(1) ATIVO (2) ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (3) ÓBITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
9. TEMPO DE ACOMPANHAMENTO\*\* (MESES): \_\_\_\_\_
10. TEMPO DE SOBREVIDA (MESES): \_\_\_\_\_
11. ESCOLARIDADE: (1) NENHUMA (2) ALFABETIZADO (3) 1º GRAU COMPLETO (4) 2º GRAU COMPLETO (5) 3º GRAU COMPLETO (6) 1º GRAU IMCOMPLETO (7) 2º GRAU IMCOMPLETO (8) 3º GRAU IMCOMPLETO
12. TRATAMENTO DE ÁGUA: (1) REDE PÚBLICA (2) POÇO ARTESIANO (3) OUTROS
13. DESTINO DO ESGOTO: (1) REDE PÚBLICA (2) FOSSA ABERTA (3) FOSSA FECHADA (4) OUTROS
14. DESTINO DO LIXO: (1) COLETA PÚBLICA (2) QUEIMADO (3) CÉU ABERTO (4) ATERRO (5) OUTROS
15. PRESENÇA DE ANIMAIS DOMÉSTICOS: (1) SIM (2) NÃO
16. TIPO DE ACOMODAÇÃO DO PACIENTE: (1) QUARTO INDIVIDUAL (2) QUARTO COLETIVO
17. DOENÇA INFECCIOSA: (0) NENHUMA (1) ITU (2) PN (3) FI (4) ITU+FI (5) PN+FI (6) ITU+PN+FI (7) OUTRAS

#### OBSERVAÇÕES -

GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU

PNEUMONIA – PN

FERIDA INFECTADA – FI

\*IDADE NA ADMISSÃO

\*\* EM 30.06.10

## APÊNDICE 2

### DOENÇAS DIAGNOSTICADAS ENTRE OS PACIENTES DO NRAD/RSS E SISTEMA FISIOLÓGICO AFETADO

<b>Sistema ou Classificação</b>	<b>Diagnóstico</b>
Acidente vascular encefálico (AVE)	Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI)
Cardiovascular	Aneurisma Cardiopatia Hipertensão arterial sistêmica (HAS) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) Tetralogia de Fallot Vasculopatia
Demência	Doença de Alzheimer Doença de Parkinson Síndromes Demenciais Mistas
Doença Infecciosa (DI) *	Erisipela Hanseníase SIDA (AIDS) Tuberculose
Endocrinológico	Diabetes <i>mellitus</i> Obesidade Síndrome de Cushing (hipercortisolismo)
Gastrointestinal	Colite Gastrite Ingestão de amônia (seqüelas) Intolerância a lactose (diarréias)
Genitourinário	Insuficiência renal crônica (IRC)
Hematológico	Anemias
Neoplasias	Bexiga, boca, estômago, laringe, mama, ovário, pâncreas, pele, peritônio, próstata, pulmão, reto, rim, tireóide, útero e vias biliares
Neurológico	Atrofia cerebral Doença de Huntington Hemiplegia Hidrocefalia Mielopatia Neuropatia Paralisia Paralisia cerebral Paraplegia Regressão neurológica Retardo mental Sequela neurológica Síndrome de Guillain-Barré (polirradiculoneurite aguda)
Osteomuscular	Artrite Artropatia Artrose Distrofia muscular Fratura de fêmur Fratura patológica Osteoporose
Respiratório	Asma Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) Enfisema
Tegumentar	Psoríase
Trauma	Perfuração por arma de fogo Trauma crânio-encefálico Trauma raquimedular

(\*) As infecções do trato urinário, pneumonias e feridas infectadas foram consideradas separadamente por terem sido diagnosticadas ao longo do acompanhamento no programa.