UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

MISLEINE ARAGÃO COSTA

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

CAMPO GRANDE- MS
2024

MISLEINE ARAGÃO COSTA

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

CAMPO GRANDE

2024

MISLEINE ARAGÃO COSTA

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM CAMPO GRANDE, Mato Grosso do Sul.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

Banca examinadora: Nota/conceito

_____ _____

Dr. Albert Schiaveto de Souza - UFMS (Orientador)

_____ _____

Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho – UFMS

_____ _____

Dr. Rondon Tosta Ramalho – UFMS

_____ _____

Dr. Valter Aragão do Nascimento - UFMS

Avaliação final: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Ao meu marido, pela paciência, e para minha irmã pelo exemplo de empenho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que guiou meus passos em mais este desafio e me amparou nos momentos mais difíceis.

A esta Universidade e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, eu deixo uma palavra de agradecimento por todo ambiente inspirador e pela oportunidade de realizar este curso.

Aos servidores públicos do Serviço de Atenção Domiciliar, em especial, do SAD SESAU Paola Tumminelli da Costa Tortorelli, Marcelo Augusto Domingues Gonçalves e Francisneide Gomes Pego do Nascimento, bem como do SAD do HRMS Alexandra Casarin e Edmar Paraguaçu de Oliveira, os quais contribuíram imensamente para a coleta de dados.

Ao Prof. Dr. Albert que com sua paciência e sabedoria, me desafiou e me guiou para que essa pesquisa fosse executada e concluída com êxito e da melhor forma possível.

Aos professores Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho e Dr. Rondon Tosta Ramalho por todas as correções feitas e sabedoria compartilhada.

Aos professores da UFMS que, com suas aulas, despertaram em mim a vontade de sempre buscar o raciocínio crítico e a prática baseada em evidências.

A minha mainha, Marlene Aragão Costa, por seu acalento.

Ao meu pai, José Ferreira da Costa (in memoriam), sei que ficaria orgulhoso.

Ao meu marido, Allysson Cortez, por compreender que em certos momentos eu teria que me ausentar do convívio familiar.

A minha irmã, Micheline Holmes, que é meu porto seguro e minha inspiração.

A todos que me ajudaram de alguma forma, obrigada.

Pouco importa venha a velhice, que é a velhice ?
Teus ombros suportam o mundo
e ele não pesa mais que a mão de uma criança.
As guerras, as fomes, as discussões dentro dos edifícios provam apenas que a vida prossegue e nem todos se libertaram ainda.
Alguns, achando bárbaro o espetáculo prefeririam (os delicados) morrer.
Chegou um tempo em que não adianta morrer.
Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.
A vida apenas, sem mistificação.

Carlos Drummond de Andrade (1940).

RESUMO

Introdução O envelhecimento populacional é um fato presente a nível mundial e diante do novo cenário de maior longevidade da população, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exercem grande influência no perfil epidemiológico do grupo. Ao abordar a necessidade de formas alternativas à hospitalização, o Programa do Governo Federal “Melhor em casa” oferece atendimento domiciliar como uma alternativa para a otimização dos recursos. Em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, esse programa é chamado de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e assiste pacientes com domicílio em alguns de seus principais Distritos Sanitários. **Objetivo** Caracterizar os pacientes idosos assistidos pelos SADs em seis Distritos Sanitários do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Metodologia** Foi realizado um estudo observacional, transversal, retrospectivo e com abordagem quantitativa. Foram incluídos prontuários de pacientes idosos, com idade igual ou acima de 60 anos. Dados sobre sexo, idade, diagnósticos, modalidades de atendimento e desfechos foram coletados e analisados. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para avaliar associações entre variáveis. **Resultados** A amostra incluiu 378 pacientes, sendo 198 (52,4%) mulheres e 180 (47,6%) homens com idade média de 75,7 (± 9,75) e faixa etária entre 70 a 79 anos. A maioria dos pacientes era oriunda dos distritos de Anhanduizinho (36,0%) e Lagoa (28,0%). As principais afecções foram neurológicas (49,2% - n=186), pulmonares (29,1%) e metabólicas (21,2%). Homens apresentaram maior prevalência de acidentes vasculares encefálicos (36,7%), enquanto mulheres tiveram mais afecções pulmonares (35,4%), metabólicas (25,3%) e gastrointestinais (3,0%). Os distritos de Centro (80%) e Lagoa (78,5%) tiveram maior demanda por atendimento de baixa complexidade, enquanto Bandeira teve mais casos de média complexidade (50%). Prosa destacou-se pelo maior uso de sonda nasogástrica/nasoentérica (34,8%). Segredo teve maior necessidade de sonda vesical de demora (11,1%). **Conclusão** A caracterização dos pacientes idosos nos SADs de Campo Grande revelou diferenças significativas nas necessidades de atendimento entre os distritos sanitários e entre os sexos. Estes achados destacam a importância de políticas públicas direcionadas e a necessidade de um planejamento de saúde personalizado que considere as especificidades regionais e de gênero. A ampliação dos programas de educação em saúde e a

implementação de cuidados multidisciplinares são fundamentais para mitigar as complicações decorrentes das DCNTs e promover a qualidade de vida dos idosos.

Descritores: idoso; atendimento domiciliar; perfil de saúde.

ABSTRACT

Introduction Population ageing is a fact present worldwide and due to this new scenario of greater population longevity, chronic non-communicable diseases (NCDs) have a great influence on the epidemiological profile of this group. By addressing the need for other alternative forms to hospitalization, the Federal Government Program “Better at Home” consists of home care, which provides an alternative for optimizing available resources. In Campo Grande, MS, this program called Home Care Service (SAD) assists patients whose homes are located in its main Health Districts. **Objective** To characterize elderly patients assisted by Home Care Services (SADs) in the main Health Districts in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Method** Observational, retrospective and cross-sectional study with a quantitative approach. All medical records of elderly patients, aged 60 years or over, admitted to the SAD, from January 2018 to December 2022, were included. Data on sex, age, diagnoses, types of care, and outcomes were collected and analyzed. The chi-square test was used to assess associations between variables. **Results** The sample involved 378 patients, with 198 (52.4%) women and 180 (47.6%) men, with a mean age of 75.7 (± 9.75) and an age range between 70 and 79 years. Most patients came from the districts of Anhanduizinho (36.0%) and Lagoa (28.0%). The main conditions were neurological (49.2% - n = 186), pulmonary (29.1%) and metabolic (21.2%). Men had a higher prevalence of strokes (36.7%), while women had more pulmonary (35.4%), metabolic (25.3%) and gastrointestinal (3,0%) conditions. The districts of Centro (80%) and Lagoa (78.5%) had a higher demand for low-complexity care, while Bandeira had more medium-complexity cases (50%). Prosa stood out for the greater use of nasogastric/nasoenteric tubes (34.8%). Segredo had a greater need for indwelling urinary catheters (11.1%). **Conclusion** The characterization of elderly patients in the SADs of Campo Grande revealed significant differences in care needs between health districts and between genders. These findings highlight the importance of targeted public policies and the need for personalized health planning that considers regional and gender specificities. Expanding health education programs and implementing multidisciplinary care are essential to mitigate complications resulting from NCDs and promote the quality of life of the elderly.

Descriptors: aged; house calls; health profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária ao longo dos anos.....15
Figura 2 - Distritos Sanitários do município de Campo Grande – MS, 2023. 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modalidades de Atenção Domiciliar 22
Tabela 2 - Caracterização dos pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em relação ao sexo, faixas etárias, distritos sanitários, afecções por classe e a classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10).....30
Tabela 3 - Resultados da associação entre distrito sanitário, sexo, faixas etárias e desfecho do atendimento (continua) 31
Tabela 3 - Resultados da associação entre distrito sanitário, sexo, faixas etárias e desfecho do atendimento (conclusão).....32
Tabela 4 - Resultados da associação entre distrito sanitário, afecções por classe e classificação baseada no CID-10 (continua) 33
Tabela 4 - Resultados da associação entre distrito sanitário, afecções por classe e classificação baseada no CID-10 (conclusão).....34
Tabela 5 - Resultados da associação entre distrito sanitário, uso de dispositivos e modalidades de atenção domiciliar 26
Tabela 6 - Resultados da associação entre sexo e faixas etárias, afecções por classe, classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10) 27
Tabela 7 - Resultados da associação entre sexo e uso de dispositivos, modalidades de atenção domiciliar e desfecho do atendimento 28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AD	Atendimento Domiciliar
AD1	Atendimento Domiciliar de baixa complexidade
AD2	Atendimento Domiciliar de média complexidade
AD3	Atendimento Domiciliar de alta complexidade
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos
CHS	Carga Horária Semanal
CID	Código Internacional de Doenças
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Mato Grosso do Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Programa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAME	Setor de Arquivamento Médico e Estatístico
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

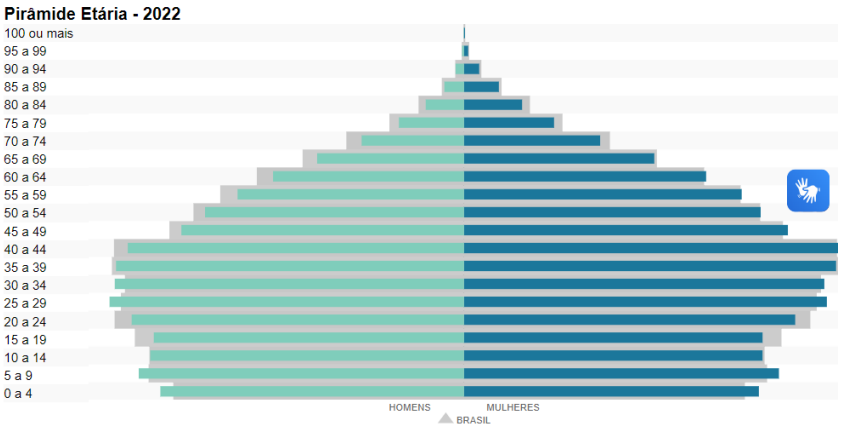
1 INTRODUÇÃO 15
2 REVISÃO DE LITERATURA 18
2.1 O envelhecimento populacional 18
2.2 Doenças crônicas não transmissíveis e a incapacidade funcional 19
2.3 Serviço de atenção domiciliar (SAD) 21
3 OBJETIVOS 25
3.1 Objetivo geral 25
3.2 Objetivos específicos 25
4 METODOLOGIA 26
4.1 Tipo de estudo 26
4.2 Requisitos éticos 26
4.3 Participantes, local e período 26
4.3.1 Distritos sanitários de Campo Grande (MS) 27
4.4 Procedimentos de coleta de dados 27
4.5 Análise dos dados 28
5 RESULTADOS 30
6 DISCUSSÃO 38
7 CONCLUSÕES 42
REFERÊNCIAS 43
APÊNDICE A - Ficha de coleta de dados 50
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 51
APÊNDICE C - Solicitação de exclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 53
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa 54
ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul 56
ANEXO C – Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS 58

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma preocupação mundial e as projeções mais recentes das Nações Unidas sugerem um aumento de cerca de 8,5 milhões de idosos em 2030 e 9,7 milhões em 2050 (Bonifácio; Guimarães, 2021). O processo de transição epidemiológica e demográfica, embora em fases diferentes entre os países, apresenta taxas de mortalidade e fecundidade estabilizadas em um nível baixo e os idosos têm uma maior representação na população (Tiné; Freitas; Paes, 2020; United Nations, 2022).

De acordo com a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, no Brasil é possível observar mudanças na estrutura demográfica representadas graficamente na Figura 1. Essas alterações seguem a tendência global de redução da quantidade de crianças e jovens na base da pirâmide (estreitamento), aumento de adultos no centro e aumento de idosos no topo (alargamento) (IBGE, 2022).

Figura 1 - Pirâmide etária ao longo dos anos



Fonte: IBGE (2022).

Diante desse novo cenário de maior longevidade da população, doenças e agravos não transmissíveis também sobrevieram, ocasionando a simultaneidade de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no mesmo indivíduo, definida como multimorbidade. Com relação aos idosos, essa condição pode acarretar maiores riscos de morte e de declínio funcional, além de reduzir a expectativa de vida dessa população (Aiden, 2018; Macinko *et al.,* 2019; Melo; Lima, 2020).

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que 86% das mortes por DCNTs e 16% das mortes prematuras ocorreram na faixa etária de 30 a 70 anos, em escala global. Segundo Alwazzan (2022), dentro deste conjunto de DCNTs, 49% estão associadas a doenças cardiovasculares, 12% a câncer, 5% a doenças respiratórias e 5% a diabetes. Levando-se em consideração que as DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, a sua ocorrência pode implicar em aumento dos gastos no sistema público de saúde, aposentadorias precoces e absenteísmo (Malta *et al.*, 2020; Brasil, 2021).

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de explorar outras alternativas à hospitalização, como o programa governamental brasileiro denominado "Melhor em Casa", que se destaca por oferecer cuidados de saúde no domicílio dos pacientes. Esse programa possibilita uma alternativa para a otimização dos recursos disponíveis, visto que prioriza os pacientes que realmente precisam dessa forma de assistência (Brasil, 2012).

O programa "Melhor em Casa" foi implementado pelo Ministério da Saúde no Brasil com o objetivo de oferecer atendimento multiprofissional domiciliar para pacientes que necessitam de cuidados contínuos, mas que não precisam de internação hospitalar. Ele foi criado com base na Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016 (Brasil, 2016), que regulamenta o atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa o reconhece como uma forma de prestação de cuidados de saúde integrada à Rede de Urgência e Emergência (RUE) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo capaz de oferecer assistência ao usuário na fase pré-hospitalar, evitando longas esperas por vagas em leitos hospitalares e possibilitando a conclusão de tratamentos médicos em casa.

A existência de programas com atendimento domiciliar não é uma exclusividade brasileira. Os Estados Unidos da América possuem o *Medicare Home Health Benefit*, programa que oferece uma variedade de serviços de saúde em casa para pacientes elegíveis, tais como enfermagem qualificada, terapia e serviços de assistência ou trabalho social médico para beneficiários que precisam de cuidados intermitentes em casa (Skopec *et al*., 2020). Países como Austrália (Caughey *et al*., 2022), Reino Unido (Shepperd *et al*., 2021) e Índia (DUMKA *et al.*, 2022) também possuem serviços similares.

A Portaria n.º 825 (Brasil, 2016) estabelece os critérios de elegibilidade dos pacientes brasileiros para receberem o atendimento domiciliar, assim como os

serviços oferecidos pelo programa, que incluem assistência médica, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, entre outros. Desde 2016, esse programa tem sido implementado em diversas regiões do Brasil, buscando oferecer cuidados de saúde de qualidade no lar dos pacientes, promovendo uma melhor recuperação e qualidade de vida (Brasil, 2016).

Segundo dados do DATASUS – SIM (2022), disponíveis em Umane (2023), a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por DCNT, no município de Campo Grande foi de 337,1 por mil habitantes, sendo que o número de internações por diabetes mellitus foi de 47,6 por 100 mil habitantes e por hipertensão, de 7,7 por 100 mil habitantes. Esses números destacam a significativa relevância das DCNTs na saúde da população de Campo Grande (MS).

A partir destas considerações, visa-se responder a seguinte pergunta: Como é o perfil dos pacientes idosos assistidos pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) nos Distritos Sanitários do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul?

Quanto a motivação para a realização deste estudo, destaco que fui muito bem recebida na região centro-oeste do Brasil e, ao me deparar com o programa de mestrado direcionado à saúde da região, percebi a oportunidade de contribuir, de forma científica, com o Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), onde foi minha primeira lotação ao assumir o serviço público como fisioterapeuta. Além disso, minha experiência profissional atual na equipe multiprofissional (eMult) na atenção primária à saúde em Campo Grande (MS), ressalta a grande importância da educação em saúde na vida dos pacientes que enfrentam doenças crônicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional está presente mundialmente. No Brasil, a população dos idosos assumirá uma proporção maior do que os mais jovens. O “índice de envelhecimento” pode ser usado para identificar esse aumento da população idosa em relação à população jovem no Brasil, que terá um salto de 43,19 %, em 2018, para 173,47 % em 2060 (Perissé; Marli, 2019).

A explicação para tal fenômeno baseia-se na redução contínua dos níveis de fecundidade e da diminuição da mortalidade, somada à melhoria das condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde) favorecendo as alterações da estrutura etária dos países, as quais provocam um aumento progressivo e acentuado da população adulta, em particular, a idosa (Dorna, 2022).

A partir dos dados do Censo de 2010, o IBGE estimou um incremento médio de mais de 1 milhão de pessoas idosas a cada ano nos 10 anos seguintes. Porém, o avanço dos números ultrapassou a previsão do IBGE, uma vez que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua)[1], realizada em 2017, apontou que 14,6% da população brasileira tem 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas. De acordo com o Censo Demográfico 2022 (segunda apuração), a população de pessoas idosas residentes no Brasil era de 32.113.490 pessoas, representando um acréscimo de 56,0% em relação àquela recenseada em 2010. Dessa população total, 17.887.737 (55,7%) eram mulheres e 14.225.753 (44,3%) eram homens (IBGE, 2022).

Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) difere idoso entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. No primeiro é considerado idoso todo indivíduo de 65 anos ou mais e para aqueles que residem em países em desenvolvimento, esse limite é de 60 anos. Essa definição estabelecida pela ONU, em 1982, realizou-se por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento da população (ONU, 1982).

---

[1] Desde 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem incluindo, a cada cinco anos, o Suplemento de Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A amostra desse inquérito foi elaborada para ser representativa da população brasileira e se constitui na mais ampla fonte de informação de saúde disponível no país.

Baseando-se no mesmo critério de idade cronológica, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8. 842, de 4 de janeiro de 1994 (Brasil, 1994), e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003), consideram idoso como sendo pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Ambas as Leis garantem e regulamentam o direito do idoso nas políticas sociais brasileira.

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A INCAPACIDADE FUNCIONAL

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) possuem etiologia complexa, influenciada por vários fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado da doença clínica, origem não infecciosa e, também, comprometem a funcionalidade das pessoas idosas gerando incapacidades. Sua ocorrência é muito influenciada pelos estilos de vida, pelas condições de vida, assim como pelas desigualdades sociais (Brasil, 2015).

As DCNTs representam um dos principais desafios para a saúde pública tanto no Brasil quanto em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 70% das mortes registradas globalmente. No contexto brasileiro, em 2019, as DCNT contribuíram com 41,8% do total de óbitos ocorridos prematuramente, isto é, entre as idades de 30 e 69 anos (Brasil, 2023).

Logo, entre as consequências que o processo de envelhecimento acarreta, destacam-se a maior participação das DCNTs em um cenário de maior longevidade, o qual provoca mudanças no perfil epidemiológico. O crescimento do número de idosos com incapacidade funcional resultantes dessas mudanças dificulta a adaptação do indivíduo no ambiente social desencadeando maior vulnerabilidade física e mental (Gao *et al*., 2023; Giacomin *et al*., 2008).

Entende-se por incapacidade funcional a dificuldade do indivíduo ou a necessidade de ajuda para executar atividades desde as mais básicas até aquelas mais complexas do cotidiano, as quais são essenciais para uma vida independente. Essas restrições abrangem tanto atividades essenciais quanto atividades mais complexas da vida diária, responsabilidades ocupacionais, não ocupacionais e também englobam atividades de lazer e recreativas (Ferraz *et al*., 2024). As habilidades funcionais do indivíduo são determinadas através das atividades básicas

da vida diária (ABVD) ou das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Nas ABVD, são avaliados os comportamentos básicos e habituais de autocuidado, tais como a capacidade de alimentar-se, banhar-se e vestir-se, enquanto as AIVD se relacionam às tarefas mais complexas ligadas à autonomia e participação social, como capacidade de realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (Alves; Leite; Machado, 2008).

A perda da capacidade funcional provoca consequências negativas para o idoso, a família e a comunidade, tais como aumento do risco de morte (Wróblewska *et al*., 2023), maiores chances de hospitalização e de gastos tanto para o SUS quanto para as famílias (Alves *et al.*, 2007). De acordo com Liu, Kao e Ying (2020), as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. Embora tenham sido reconhecidas conexões entre capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, há uma lacuna de conhecimento sobre como exatamente o mecanismo da autonomia atua como mediador entre a capacidade funcional e a satisfação com a vida.

O monitoramento contínuo da prevalência de incapacidade funcional em idosos e de seus determinantes tornam-se mais importante à medida que, com o envelhecimento populacional, esta condição e suas complicações tendem a aumentar, elevando a demanda por serviços de saúde. O monitoramento contínuo da prevalência da incapacidade funcional em idosos é de extrema importância devido ao aumento do ônus das doenças relacionadas à idade e à crescente demanda por serviços de cuidados à medida que a população envelhece (Alves *et al*., 2007).

Estudos destacam a importância da detecção precoce do declínio funcional, identificando fatores como multimorbidade, depressão e satisfação com a vida como principais fatores de risco para a incapacidade (Bellandi *et al*., 2022; Malik, 2022). A prevalência de incapacidades funcionais, incluindo dificuldades nas atividades da vida diária, tem aumentado significativamente nos últimos anos, colocando pressão adicional sobre os sistemas de saúde.

Enquanto a população envelhece e há aumento da cronificação de certas doenças, aumenta também a necessidade de modelos que possibilitem formas alternativas à hospitalização, como a internação domiciliar, que tem apresentado importante crescimento no Brasil (Mesquita *et al*., 2005).

2.3 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

O envelhecimento populacional causa consequências diretas para a Saúde Pública, porque, tanto o perfil demográfico quanto o perfil epidemiológico acompanham essas alterações provocando aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, o sistema de saúde deve preparar-se para lidar com essas transformações, tanto no sentido curativo quanto no preventivo, considerando, até mesmo, a importância das condições de vida na determinação do processo saúde-doença da população (Carvalho; Hennington, 2015; Giacomin; Maio, 2016; Miranda; Mendes; Silva, 2016; Galera; Costa; Gabriele, 2017).

Logo, as internações de idosos, bem como o tempo de ocupação do leito, são mais elevadas (Lima-Costa *et al.*, 2003). Sendo assim, os elevados custos das internações hospitalares fazem com que se busquem alternativas para uma melhor aplicação dos recursos financeiros, levando essas discussões para serem debatidas em pautas das políticas de saúde e, proporcionando maior visibilidade e crescimento dos serviços de atendimento domiciliar tanto no setor privado quanto no setor público (Gordilho *et al.*, 2000).

A atenção domiciliar no âmbito do SUS foi instituída através da Portaria 2.029, de 24 de agosto de 2011, alterada pelas portarias 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefiniu a atenção domiciliar e pela Portaria GM/MS 1533, de 16 de julho de 2012 (Brasil, 2011a, 2011b, 2012), a qual orienta a organização do atendimento domiciliar (AD) em três modalidades, a saber: AD1 (atenção domiciliar de baixa complexidade); AD2 (atenção domiciliar de média complexidade); e AD3 (atenção domiciliar de alta complexidade) (Brasil, 2016). Desta forma, os critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar podem ser divididos em clínicos e administrativos.

Os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita, sintetizados na Tabela 1. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em Atenção Domiciliar seja realizado. Destacam-se os seguintes: Residência no território de cobertura da Equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD), nas modalidades AD2 e AD3, e da equipe de atenção básica, na modalidade AD1 (Brasil, 2016).

Tabela 1 - Modalidades de Atenção Domiciliar

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	• Problemas de saúde controlados/compensados; • Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; • Necessita, de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; • Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de 1 visita/mês; • Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Equipe de Atenção Básica	Habitualmente contínua
AD2	• Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; • Que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; • Necessidade de, pelo menos, 1 visita/semana;	EMAD+ EMAP	Habitualmente temporário, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
AD3	• Semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos/procedimentos especiais; • Pacientes de maior complexidade, exigindo abordagem multiprofissional sistematizada e frequente; • Necessidade de pelo menos, 1 visita/ semana; • Habitualmente de caráter crônico.	EMAD + EMAP	Habitualmente contínua

Fonte: Brasil (2016).

Este critério pode ser relativizado em situações limítrofes (fronteiriças); Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado; Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional; Outros não descritos na Portaria 2.527: Concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na Atenção Básica, Serviço de Urgência e Emergência ou Hospital, através de protocolo ou instrumento de contrarreferência, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário; Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige; Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo

necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários; Não há restrição quanto à idade (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) no âmbito do SUS classifica o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como sendo “serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (Brasil, 2016).

Assim, as equipes que atuam no SAD são compostas de acordo com os seguintes critérios (Brasil, 2016):

- Composição da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) Tipo 1 – para municípios com população de 40 mil habitantes ou mais:

- Profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

- Composição da EMAD Tipo 2 – para municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes:

- Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

- Composição da equipe Multiprofissional de apoio (EMAP), a qual deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).

O Serviço de Atenção Domiciliar no município de Campo Grande assiste pacientes cujo domicílio localiza-se em seus distritos sanitários de abrangência. O

SAD sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) do município de Campo Grande assiste pacientes que moram nos distritos do Bandeira, Prosa e Segredo. Já o SAD sob gerenciamento do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul atende aqueles domiciliados nos distritos de Lagoa e Anhanduizinho. Alguns pacientes que residem em distritos sanitários que estão fora da área de abrangência dos SADs como, Centro e Imbirussu, podem ser atendidos mediante avaliação prévia da equipe de maneira excepcional. Com relação ao SAD do Hospital do Câncer, esse setor atua em toda região de Campo Grande realizando atendimento domiciliar para pacientes oncológicos em cuidado paliativo (informação verbal) [2].

Os serviços de atenção, tanto domiciliar quanto público, compactuam objetivos comuns, dentre eles: reduzir a demanda por atendimento hospitalar; reduzir o período de permanência de usuários internados; humanizar a atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários; e promover a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2016; Floriani; Schramm, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os pacientes idosos assistidos pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar os pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar segundo faixa etária, sexo, distrito sanitário, afecções por classe e CID-10;

b) Comparar o atendimento pelo Serviço de Atenção Domiciliar entre os distritos sanitários segundo as variáveis faixa etária, sexo, afecções por classe, CID-10, uso de dispositivos, modalidade da atenção domiciliar e desfecho do atendimento;

c) Comparar o atendimento pelo Serviço de Atenção Domiciliar por sexo com as variáveis faixa etária, afecções por classe, CID-10, uso de dispositivos, modalidade da atenção domiciliar e desfecho do atendimento

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa se caracteriza como estudo observacional, transversal, com coleta de dados retrospectiva e abordagem quantitativa. O tipo de estudo é descritivo de corte transversal. A pesquisa descritiva trata as ocorrências de determinada realidade e expõe as características de pessoas ou certo tipo de público, fenômeno ou relações entre variáveis, enquanto na pesquisa de corte transversal à coleta ocorre num dado momento do tempo.

4.2 REQUISITOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) (Protocolo CEPSH/ UFMS 127229/2022/ CAAE: 65052022.3.0000.0021) (ANEXO A).

4.3 PARTICIPANTES, LOCAL E PERÍODO

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes idosos, com idade igual ou acima de 60 anos, admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022.

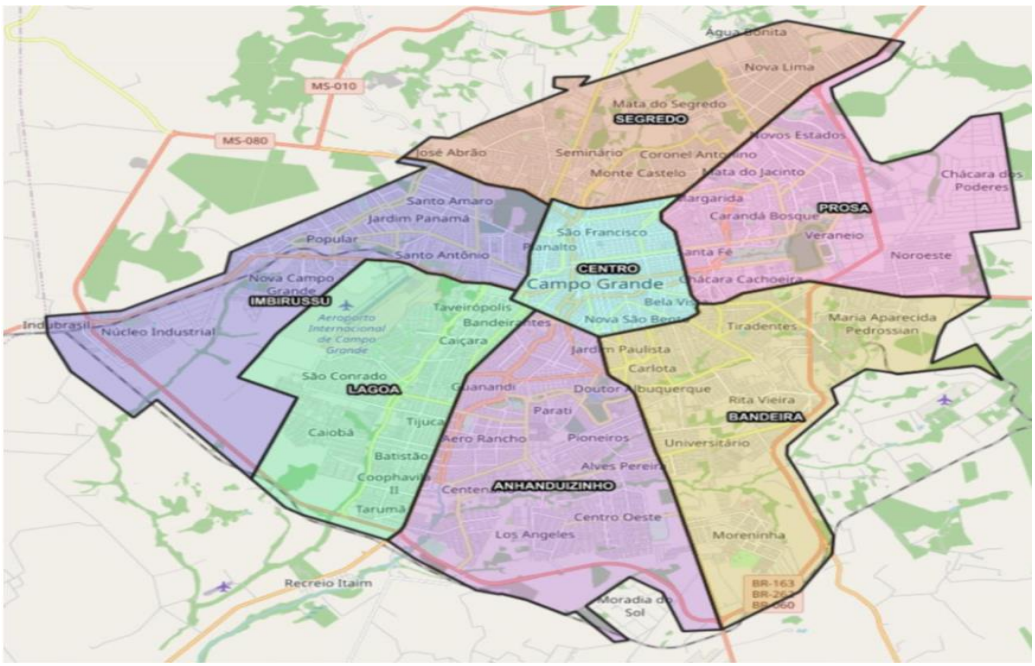
Foram excluídos da pesquisa os prontuários com dados incompletos e /ou inelegíveis e de pacientes idosos com diagnóstico de câncer, uma vez que as DCNTs de pacientes oncológicos podem ser oriundas da própria doença ou dos efeitos colaterais dos tratamentos, podendo variar de acordo com o tipo de tratamento, da dose administrada, da duração do tratamento e das características individuais do paciente. Além disso, elas podem variar em sua persistência após a cura do câncer.

4.3.1 Distritos sanitários de Campo Grande (MS)

Tendo em vista a extensão territorial do município, a divisão em distritos sanitários foi criada com o intuito de facilitar e garantir o acesso da população vinculando-os a sua unidade de saúde de referência, cujo dimensionamento é realizado com base nos seguintes elementos como: a divisão territorial, os problemas ou práticas sanitárias e o processo de trabalho das unidades adscritas (Silva *et al*., 2021).

Os Distritos de Campo Grande inseridos neste estudo foram: Distrito Sanitário da Região Prosa; Distrito Sanitário da Região Segredo; Distrito Sanitário da Região do Anhanduizinho; Distrito Sanitário Região do Bandeira; Distrito Sanitário da Região da Lagoa; e Distrito Sanitário da Região Centro (Figura 2).

Figura 2 - Distritos Sanitários do município de Campo Grande – MS, 2023.



Fonte: Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande - SISGRAN/MS (2023).

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do CEP, foi apresentado pessoalmente o pedido de autorização para a coleta de dados ao Comitê de Ética do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (ANEXO A) e à Gerência de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU)

(ANEXO B). O primeiro autorizou o estudo em 16 de agosto de 2022 e o último em 14 de setembro de 2023.

O instrumento de pesquisa foi elaborado pelos autores deste estudo e contou com as seguintes variáveis: nome (apenas as iniciais), idade, sexo, diagnóstico clínico ou Código Internacional de Doenças (CID-10), dispositivos (se faz uso de vias artificiais de respiração e/ou de alimentação e/ou para drenagem da urina, e/ou para eliminação das fezes, inclusive de suporte ventilatório), desfecho (óbito ou alta), modalidade do atendimento requerido e distrito de abrangência do paciente (APÊNDICE A).

Alguns dados de pacientes que estavam sob o gerenciamento do SAD da SESAU foram obtidos a partir dos prontuários físicos arquivados em pastas, os quais estavam organizados por ano. Outros dados foram acessados por meio de lista eletrônica organizados em planilhas anuais e armazenados no serviço destinado para esse fim, no caso, *Google Drive*.

Antes que os dados fossem organizados na planilha eletrônica, foi feito contato telefônico com o paciente e/ou responsável, a fim de solicitar a assinatura manuscrita ou digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A grande maioria não foi localizada por meio do número de contato fornecido no prontuário, portanto, foi realizada a dispensa da assinatura do TCLE em conformidade com as exigências da CEP (APÊNDICE C).

As informações dos pacientes que estavam sob responsabilidade do SAD do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul também estavam organizadas em planilhas anuais e armazenadas na plataforma de compartilhamento de arquivos. Porém, alguns dados importantes que não constavam nessas listas precisaram ser localizados no Setor de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) mediante autorização prévia. Durante a coleta de dados essas informações foram repassadas inicialmente para uma ficha pré-elaborada (Apêndice A) e posteriormente inseridos em tabela Excel.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação da associação entre os distritos sanitários e as demais variáveis avaliadas nesse estudo foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni quando necessária. O mesmo teste foi utilizado ainda na

avaliação da associação entre o sexo dos pacientes e as demais variáveis avaliadas nesse estudo. Os demais resultados foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

A caracterização dos pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em relação às faixas etárias, sexo, distritos sanitários, afecções por classe e a classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10) está apresentada na Tabela 2. A amostra utilizada no estudo envolveu 378 pacientes, sendo composta por 198 (52,4%) mulheres e por 180 (47,6%) homens, com idade média de 75,7 (± 9,75), mediana de 75 anos e prevalência de 124 idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (32,8%).

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em relação ao sexo, faixas etárias, distritos sanitários, afecções por classe e a classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10)

Variável	Total	Variável	Total
Sexo		**Classificação baseada no CID-10**	
Feminino	52,4 (198)	Acidente vascular cerebral	31,5 (119)
Masculino	47,6 (180)	Úlcera de decúbito	22,2 (84)
Faixas etárias (anos)		Hipertensão arterial sistêmica	18,3 (69)
60 a 69	30,7 (116)	Diabetes Mellitus	11,9 (45)
70 a 79	32,8 (124)	Alzheimer	10,1 (38)
80 a 89	27,2 (103)	Paliativas	9,0 (34)
90 ou mais	9,3 (35)	Covid	8,2 (31)
Distritos Sanitários		Cardiopatia	6,6 (25)
Anhanduizinho	36,0 (135)	Transtorno mental	6,3 (24)
Lagoa	28,0 (107)		
Segredo	17,0 (63)		
Prosa	6,0 (23)		
Bandeira	10,0 (40)		
Centro	3,0 (10)		
Afecções por classe			
Neurológica	49,2 (186)		
Pulmonar	29,1 (110)		
Metabólica	21,2 (80)		
Tegumentar	15,3 (58)		
Cardíaca	7,4 (28)		

Fonte: A autora (2024).
Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p<0,05$).

Dentre os Distritos Sanitários analisados, Anhanduizinho correspondeu ao maior número de admissões de pacientes idosos (36,0% - n=135), seguido de Lagoa (28,0% - n=107) e Segredo (17,0% - n= 63).

No que se refere às dez afecções mais recorrentes nos principais Distritos Sanitários, podemos elencar que as de causa neurológica (49,2% - n= 186), pulmonar (29,1% - n= 110) e metabólica (21,2% - n=80) corresponderam, nessa ordem, as afecções mais registradas nas admissões no SAD, sendo que o acidente vascular encefálico (AVC) (31,5% - n= 119), úlcera de decúbito (22,2 – n=84) e a hipertensão arterial sistêmica (18,3% - n=69) são aquelas com maior recorrência nas admissões.

Os resultados da associação entre Distrito Sanitário, sexo e faixas etárias estão apresentados na Tabela 3, sendo que não houve associação significativa entre as duas primeiras variáveis (teste do qui-quadrado, p=0,961) e entre distrito sanitário e faixas etárias (teste do qui-quadrado, p=0,132). Quando analisamos a associação entre os distritos sanitários e o desfecho do atendimento apresentados na Tabela 3, houve associação significativa entre essas variáveis (p=0,003), porém, na comparação entre Distritos, não houve diferença entre eles no que se refere à alta, óbito e alta para internação. Além disso, no Centro ainda havia o registro de paciente em atendimento antes da finalização da pesquisa (10% - n=1).

Tabela 3 - Resultados da associação entre distrito sanitário, sexo, faixas etárias e desfecho do atendimento

(continua)

Variável	Distrito Sanitário						Valor de p	Total
	Anhanduizinho	Bandeira	Centro	Lagoa	Prosa	Segredo		
Sexo								
Feminino	54,1 (73)	52,5 (21)	50,0 (5)	48,6 (52)	56,5 (13)	54,0 (34)	0,961	52,4 (198)
Masculino	45,9 (62)	47,5 (19)	50,0 (5)	51,4 (55)	43,5 (10)	46,0 (29)		47,6 (180)
Faixas etárias								
60 a 69	34,8 (47)a	30,0 (12)a	20,0 (2)a	34,6 (37)a	13,0 (3)a	23,8 (15)a	0,132	30,7 (116)
70 a 79	27,4 (37)a	25,0 (10)a	50,0 (5)a	35,5 (38)a	43,5 (10)a	38,1 (24)a		32,8 (124)
80 a 89	25,9 (35)a	25,0 (10)a	30,0 (3)a	25,2 (27)a	39,1 (9)a	30,2 (19)a		27,2 (103)
90 ou mais	11,9 (16)a	20,0 (8)a	0,0 (0)a	4,7 (5)a	4,3 (1)a	7,9 (5)a		9,3 (35)

Tabela 4 - Resultados da associação entre distrito sanitário, sexo, faixas etárias e desfecho do atendimento

(conclusão)

Variável	Distrito Sanitário						Valor de p	Total
	Anhanduizinho	Bandeira	Centro	Lagoa	Prosa	Segredo		
Desfecho do atendimento								
Alta	53,3 (72)a	45,0 (18)a	60,0 (6)a	57,0 (61)a	39,1 (9)a	41,3 (26)a		51,0 (192)
Óbito	40,0 (54)a	50,0 (20)a	30,0 (3)a	38,3 (41)a	47,8 (11)a	46,0 (29)a		42,0 (158)
Alta para internação hospitalar	6,7 (9)a	2,5 (1)a	0,0 (0)a	4,7 (5)a	4,3 (1)a	1,6 (1)a	0,003	4,5 (17)
Ainda em atendimento	0,0 (0)c	2,5 (1)abc	10,0 (1)a	0,0 (0)c	8,7 (2)ab	11,1 (7)ab		3,0 (11)

Fonte: A autora (2024).

Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, p<0,05).

Ao associarmos os Distritos Sanitários e as afecções por classe, como apresentados na Tabela 4, podemos observar que as afecções de origem neurológica (p<0,001) estão presentes em maior quantidade nos Distritos de Bandeira (75% - n=30) e de Segredo (63,5% - n=40%) quando comparados ao Distrito Sanitário de Lagoa (33,6% - n=36).

Com relação à associação entre os distritos sanitários e a afecção pulmonar, apesar do valor significativo (p=0,013), não houve diferença entre essas variáveis.

Dentre os pacientes admitidos por afecção metabólica (p<0,001), encontramos mais casos nos Distritos de Segredo (52,4% - n=33), Prosa (52,2% - n=12) e Bandeira (42,5% - n=17) quando comparados tanto ao Distrito de Anhanduizinho (8,1% - n=11) quanto ao Distrito de Lagoa (3,7% - n=4).

Ao abordarmos as afecções cardíacas (p<0,003), os registros correspondentes foram mais prevalentes no Prosa (26,1% - n=6%) do que em Lagoa (5,6% - n=6) e em Anhanduizinho (5,2% - n=7) (Tabela 4).

Os resultados da associação entre a classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10) e Distritos Sanitários mostram, de acordo com a Tabela 4, que em relação ao AVC (p<0,002), o Prosa registrou mais casos de admissão (52,2% – n=12) do que no Lagoa (19,6% - n=21). No Centro, o maior número de registros se deu por casos envolvendo úlcera de decúbito (p<0,001)

(60,0% - n=6). No Distrito Sanitário de Prosa, houve mais casos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (47,8% - n=11) e diabetes mellitus (p<0,001) (39,1%- n=9). Em contrapartida, Lagoa obteve o menor registro para ambas doenças.

Mesmo com valores significativos, não houve diferença entre os Distritos quanto a classificação baseada no Código Internacional de doenças para as doenças paliativas (p= 0,026), COVID-19 (p=0,016) e cardiopatia (p=0,017) (Tabela 4).

Tabela 5 - Resultados da associação entre distrito sanitário, afecções por classe e classificação baseada no CID-10

(continua)

Variável	Distrito sanitário						Valor de p
	Anhanduizinho	Bandeira	Centro	Lagoa	Prosa	Segredo	
Afecções por classe							
Neurológica	43,0 (58)bc	75,0 (30)a	70,0 (7)abc	33,6 (36)c	65,2 (15)abc	63,5 (40)ab	<0,001
Pulmonar	30,4 (41)a	15,0 (6)a	10,0 (1)a	40,2 (43)a	17,4 (4)a	23,8 (15)a	0,013
Metabólica	8,1 (11)bc	42,5 (17)a	30,0 (3)ab	3,7 (4)c	52,2 (12)a	52,4 (33)a	<0,001
Tegumentar	17,0 (23)	20,0 (8)	30,0 (3)	10,3 (11)	13,0 (3)	15,9 (10)	0,436
Cardíaca	5,2 (7)b	2,5 (1)ab	0,0 (0)ab	5,6 (6)b	26,1 (6)a	12,7 (8)ab	0,003
Urinária	3,7 (5)	7,5 (3)	0,0 (0)	2,8 (3)	8,7 (2)	6,3 (4)	0,598
Gastrointestinal	1,5 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	1,9 (2)	0,0 (0)	3,2 (2)	0,812
Circulatória	0,0 (0)	2,5 (1)	10,0 (1)	1,9 (2)	4,3 (1)	1,6 (1)	0,151
Neuromuscular	0,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,8 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,454
Vertebral	0,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	4,3 (1)	1,6 (1)	0,363
Classificação baseada no CID-10							
Acidente vascular encefálico	28,1 (38)abc	45,0 (18)a	30,0 (3)abc	19,6 (21)c	52,2 (12)ab	42,9 (27)ab	0,002
Úlcera de decúbito	24,4 (33)ab	22,5 (9)ab	60,0 (6)a	12,1 (13)b	21,7 (5)ab	28,6 (18)ab	0,006
Hipertensão arterial sistêmica	7,4 (10)bc	37,5 (15)a	30,0 (3)ab	0,9 (1)c	47,8 (11)a	46,0 (29)a	<0,001
Diabetes Mellitus	5,2 (7)b	22,5 (9)a	20,0 (2)ab	3,7 (4)b	39,1 (9)a	22,2 (14)a	<0,001
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	11,1 (15)	2,5 (1)	20,0 (2)	17,8 (19)	8,7 (2)	9,5 (6)	0,149
Alzheimer	8,9 (12)	7,5 (3)	30,0 (3)	8,4 (9)	4,3 (1)	15,9 (10)	0,136
Paliativas	14,8 (20)a	0,0 (0)a	10,0 (1)a	9,3 (10)a	4,3 (1)a	3,2 (2)a	0,026

Tabela 6 - Resultados da associação entre distrito sanitário, afecções por classe e classificação baseada no CID-10

(conclusão)

Variável	Distrito sanitário						Valor de p
	Anhanduizinho	Bandeira	Centro	Lagoa	Prosa	Segredo	
Covid	10,4 (14)a	2,5 (1)a	0,0 (0)a	14,0 (15)a	0,0 (0)a	1,6 (1)a	0,016
Cardiopatia	4,4 (6)a	2,5 (1)a	0,0 (0)a	4,7 (5)a	17,4 (4)a	14,3 (9)a	0,017
Transtorno mental	6,7 (9)	10,0 (4)	10,0 (1)	5,6 (6)	4,3 (1)	4,8 (3)	0,893

Fonte: A autora (2024).
Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, p<0,05).

Outro ponto a considerar são os resultados da associação entre os distritos sanitários, uso de dispositivos e modalidades de atenção domiciliar presentes na Tabela 5. Pacientes com maior demanda para a sonda nasoentérica/nasogástrica pertenciam ao Distrito de Prosa (34,8% - n=8). Em relação à gastrostomia (27,5% - n=11) e à traqueostomia (30,0% - n=12), DS Bandeira teve mais casos de pacientes idosos que necessitaram desses dispositivos, enquanto que no DS Segredo os pacientes requisitaram mais o uso de sonda vesical de demora (11,1% - n=7).

Houve associação entre os distritos sanitários e a modalidade de baixa complexidade (teste de qui-quadrado, p<0,001) (Tabela 5). É importante frisar que, nos Distritos Centro (80% - n=8) e Lagoa (78,5% - n=84), um percentual maior de pacientes necessitaram de atendimentos na modalidade de atenção domiciliar de baixa complexidade, enquanto que os pacientes provenientes do Distrito Bandeira (50% - n=20) requisitaram mais atendimento na modalidade de atenção domiciliar de média complexidade.

Tabela 5 - Resultados da associação entre distrito sanitário, uso de dispositivos e modalidades de atenção domiciliar

Variável	Distrito sanitário						Valor de p
	Anhanduizinho	Bandeira	Centro	Lagoa	Prosa	Segredo	
Uso de dispositivos							
Sonda nasoentérica/ nasogástrica	16,3 (22)abc	27,5 (11)a	30,0 (3)abc	7,5 (8)c	34,8 (8)ab	19,0(12)abc	0,005
Gastrostomia	17,0 (23)abc	27,5 (11)a	10,0 (1)abc	6,5 (7)c	21,7 (5)abc	23,8 (15)ab	0,013
Traqueostomia	10,4 (14)b	30,0 (12)a	10,0 (1)ab	5,6 (6)b	21,7 (5)ab	15,9 (10)ab	0,002
Oxigenioterapia	9,6 (13)	0,0 (0)	0,0 (0)	6,5 (7)	4,3 (1)	9,5 (6)	0,309
Sonda vesical de demora	1,5 (2)b	10,0 (4)ab	0,0 (0)ab	1,9 (2)ab	4,3 (1)ab	11,1 (7)a	0,010
Citostomia	0,7 (1)	2,5 (1)	10 (1)	0,9 (1)	0,0 (0)	4,8 (3)	0,129
Colostomia	1,5 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,9 (1)	0,0 (0)	1,6 (1)	0,945
Suporte ventilatório	1,5 (2)	2,5 (1)	0,0 (0)	2,8 (3)	0,0 (0)	4,8 (3)	0,716
Dreno de vias biliares	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,9 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,771
Modalidades da Atenção Domiciliar							
Baixa complexidade	65,9 (89)ab	47,5 19)bc	80,0 (8)abc	78,5 (84)a	30,4 (7)c	36,5 (23)c	<0,001
Média complexidade	25,9 (35)abc	50 (20)a	10,0 (1)abc	13,1 (14)c	47,8 (11)ab	44,4 (28)ab	<0,001
Alta complexidade	8,1 (11)	2,5 (1)	0,0 (0)	7,5 (8)	8,7 (2)	11,1 (7)	0,627

Fonte: A autora (2024).
Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, p<0,05).

Os resultados da associação entre sexo e faixas etárias, afecções por classe, classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10) estão apresentadas na tabela 6. Os dados mostram que homens foram maioria no SAD nas faixas etárias de 60 a 69 anos (37,2% - n=67), enquanto as mulheres foram prevalentes nas demais. Com relação ao sexo, o feminino apresentou maior prevalência envolvendo afecções pulmonares (35,4% -n= 70), metabólicas (25,3% - n=50) e gastrointestinais (3,0% - n= 6), em contrapartida, o sexo masculino superou em afecções neurológicas (56,7% - n= 102) e em acidente vascular encefálico (36,7% - n=66). Não houve associação significativa entre faixa etária e sexo, sexo e faixa etária (p=0,055).

Tabela 6 - Resultados da associação entre sexo e faixas etárias, afecções por classe, classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10)

Variáveis	Sexo		Valor de p
	Feminino	Masculino	
Faixas etárias (anos)			
60 a 69	24,7 (49)	37,2 (67)	0,055
70 a 79	34,3 (68)	31,1 (56)	
80 a 89	29,8 (59)	24,4 (44)	
90 ou mais	11,1 (22)	7,2 (13)	
Afecções por classe			
Neurológicas	42,4 (84)b	56,7 (102)a	0,006
Pulmonares	35,4 (70)a	22,2 (40)b	0,005
Metabólicas	25,3 (50)a	16,7 (30)b	0,041
Tegumentares	17,2 (34)	13,3 (24)	0,301
Cardíacas	9,1 (18)	5,6 (10)	0,190
Urinárias	5,6 (11)	3,3 (6)	0,298
Gastrointestinais	3,0 (6)a	0,0 (0)b	0,019
Circulatórias	1,5 (3)	1,7 (3)	0,906
Neuromusculares	1,5 (3)	0,6 (1)	0,362
Vertebrais	0,5 (1)	1,1 (2)	0,507
Classificação baseada no Código Internacional de Doenças (CID-10)			
Transtorno mental	94,4 (187)	92,8 (167)	0,507
Acidente vascular encefálico	26,8 (53)b	36,7 (66)a	0,038
Úlcera de decúbito	24,7 (49)	19,4 (35)	0,215
Hipertensão arterial sistêmica	19,7 (39)	16,7 (30)	0,446
Diabetes Mellitus	15,2 (30)	8,3 (15)	0,446
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	14,6 (29)	8,9 (16)	0,084
Alzheimer	12,1 (24)	7,8 (14)	0,161
Paliativas	10,6 (21)	7,2 (13)	0,251
Covid	8,6 (17)	7,8 (14)	0,775
Cardiopatia	8,6 (17)	4,4 (8)	0,106

Fonte: A autora (2024).
Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, p<0,05).

Na Tabela 7 podemos observar que o suporte ventilatório, dentre os dispositivos utilizados no SAD, também foi mais requerido pelas mulheres (4,0% - n=8), inclusive da modalidade de atenção domiciliar de alta complexidade (10,6% - n=21). Já o sexo masculino requereu mais o uso da sonda de cistostomia (3,3% - n=6).

Embora a associação entre sexo e desfecho do atendimento (teste do qui-quadrado, p=0,178) não tenha tido valor estatístico significativo, é importante mencionar que os óbitos do sexo feminino (40,4% – n=80) e do sexo masculino (43,3% - n=78) corresponderam a números expressivos no estudo.

Tabela 7 - Resultados da associação entre sexo e uso de dispositivos, modalidades de atenção domiciliar e desfecho do atendimento

Variáveis	Sexo		Valor de p
	Feminino	Masculino	
Uso de dispositivos			
Sonda nasoentérica / sonda nasogástrica	18,7 (37)	15,0 (27)	0,340
Gastrostomia	16,7 (33)	16,1 (29)	0,884
Traqueostomia	12,6 (25)	12,8 (23)	0,965
Oxigenioterapia	9,1 (18)	5,0 (9)	0,123
Sonda vesical de demora	5,1 (10)	3,3 (6)	0,408
Suporte ventilatório	4,0 (8)a	0,6 (1)b	0,026
Cistostomia	0,5 (1)a	3,3 (6)b	0,042
Colostomia	1,0 (2)	1,1 (2)	0,924
Modalidades de Atenção Domiciliar			
Baixa complexidade	58,6 (116)	63,3 (114)	0,345
Média complexidade	28,8 (57)	28,9 (52)	0,983
Alta complexidade	10,6 (21)a	4,4 (8)b	0,025
Desfecho do atendimento			
Alta	51,5 (102)	50,0 (90)	0,178
Óbito	40,4 (80)	43,3 (78)	
Alta para internação hospitalar	3,5 (7)	5,6 (10)	
Ainda em atendimento	4,5 (9)	1,1 (2)	

Fonte: A autora (2024).
Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os sexos (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p<0,05$).

6 DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico e clínico dos pacientes idosos com DCNT em atendimento domiciliar em Campo Grande- MS foi analisado nesse estudo.

Não houve diferença significativa entre os sujeitos em relação ao sexo feminino (52,4%) e ao sexo masculino (47,6%), embora possamos verificar que as mulheres foram a maioria como corroboram alguns estudos presentes na literatura (Bajotto *et al*., 2012; Carnaúba *et al.*, 2017; Ranuci; Andrade; Barros, 2021). Com relação ao resultado encontrado, podemos considerar que Campo Grande (MS), segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2022) possui 36.362 mulheres a mais que homens, correspondendo a 467.231 de pessoas do sexo feminino quando comparadas a 430.869 do sexo masculino. Além disso, dados do Programa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 divulgados também pelo IBGE (Brasil, 2019) revelam que a proporção de mulheres (82,3%) que se consultam com o médico supera consideravelmente a dos homens (69,4%), portanto, tal dado pode ser decorrente de uma percepção maior do cuidado com a saúde por parte das mulheres, além da tendência maior de aderir ao tratamento proposto.

A idade média dos pacientes idosos assistidos pelo atendimento domiciliar foi de 75,7 (±9,75), similar ao estudo de Carnaúba *et al*. (2017), que foi de 72,62 (±18,28), porém, menor que de Nagaoka, Lemos e Yoshitome (2010) que apresentou idade média de 84,5 anos e de Jordan *et al*. (2023), cuja média foi de 82,52 anos.

Diante da elevada prevalência das doenças neurológicas, as quais possuem importância epidemiológica na população brasileira, como identificado nos Distritos Sanitários (DS), principalmente no DS Bandeira, já foi instituído uma Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica através da Portaria nº 1.161, de 07 de julho de 2005, em virtude da elevada prevalência de pessoas com sequelas de doenças neurológicas e do aumento da taxa de mortalidade (Brasil, 2005).

Dentre as doenças neurológicas, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi a afecção mais registrada nas admissões do SAD ao correlacionarmos os Distritos Sanitários com a Classificação Internacional de Doenças, sendo Anhanduizinho o território com mais registros dessa doença.

Nesse contexto, Rocha *et al*. (2022) realizaram uma análise epidemiológica relacionada ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) no Brasil, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019 a partir da coleta dos dados do Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) –DATASUS e dentre 1.410.410 internações por AVE, encontraram que grande parte dessas internações ocorreram nas faixas etárias de 60-69 e 70-79 anos, em torno de 50,8% dos casos em comparação às outras faixas etárias. Estudo realizado por Sá *et al.* (2019), os quais coletaram dados do Sistema Único de Saúde referentes aos casos de acidente vascular encefálico notificados no Brasil de 2015 a 2018 e, a partir da amostra de 60.317 casos evidenciaram que essa doença foi mais predominante no sexo masculino, na faixa etária de 70 a 79 anos, demonstrando que essa doença atinge mais a faixa geriátrica.

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, a terceira mais prevalente no estudo (18,3%), possuem valor estatístico significativo ao correlacionar essa variável com os Distritos Sanitários. O Ministério da Saúde publicou um relatório apontando que a hipertensão arterial sistêmica possui forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (Brasil, 2001).

Dessa forma, existe relação direta entre idade e hipertensão arterial, de acordo com alguns estudos, em que as manifestações clínicas provocadas pela hipertensão arterial aumentam com a idade avançada dos pacientes (Andrade *et al*., 2015; Hameed *et al*., 2022). Podemos considerar que uma das explicações para esse fato é devido a arteriosclerose, pois com o decorrer da idade, as artérias tendem a ficar mais rígidas, o que pode desencadear o aumento da pressão arterial nessas pessoas. Outro motivo sobre a maior prevalência de hipertensão entre os idosos pode ser a própria transição demográfica, em função do acelerado envelhecimento da população (Vasconcelos; Gomes, 2012). Segundo Mahajan *et al*. (2020), a idade está correlacionada com a prevalência e as mudanças hemodinâmicas em pessoas com pressão arterial elevada, influenciando o índice cardíaco e o índice de resistência vascular sistêmica. No entanto, a idade por si só não é suficiente para prever perfis individuais.

Outras doenças que devem ser consideradas são as afecções metabólicas, principalmente o diabetes mellitus, cuja ocorrência em idosos causam declínio funcional (Benedetti; Meurer; Morini, 2012). Tanto o diabetes *melittus* quanto a

hipertensão arterial constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares e são agravos de saúde pública dos quais até 80% dos casos podem ser tratados na atenção básica (Brasil, 2001; Pakhare *et al*., 2021).

Logo, as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em portadores de diabetes mellitus, pela maior facilidade de desenvolver desordens coronarianas em comparação a indivíduos que não são diabéticos. A elevação da glicemia, o aumento da pressão arterial e modificações no perfil lipídico, caracterizam-se como os principais preditores de complicações cardiovasculares na população de diabéticos. Além disso, o diabetes mellitus está associado ao aumento da mortalidade em pacientes com AVC. Contudo, a extensão desse impacto varia. Estudos mostram que o DM está associado a maiores taxas de mortalidade durante a hospitalização e 3 meses após o início do AVC, com risco 1,5 vezes maior de morte em comparação com pacientes não diabéticos (Massi *et al*., 2021; Tram *et al*., 2023).

É importante ressaltar que as características fisiológicas inerentes ao idoso favorecem o surgimento de doenças crônicas e que o número de doenças crônicas é um quesito que contribui para o comprometimento da capacidade funcional nesses sujeitos, de modo que vivenciar episódio de acidente vascular encefálico (AVE), ter o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e alterações nos níveis de colesterol também elevam as chances do idoso ter perda da sua autonomia. Além disso, quanto mais o idoso é dependente de cuidados, maiores são as chances de dispor de novos agravos, sendo essas atreladas ao tempo em que o indivíduo se encontra nessa condição (Theis *et al*., 2021; Bordin *et al*., 2020; Souza *et al*., 2016).

Sob esse ponto de vista, esses pacientes mais graves, porém estáveis, serão admitidos no setor do SAD na modalidade de atenção domiciliar de média (AD2) ou alta complexidade (AD3), os quais necessitarão de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e, no caso da AD3, do uso de equipamentos específicos, como por exemplo, oxigenioterapia, ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. São pacientes que dificilmente terão alta do atendimento domiciliar (Brasil, 2016).

Ao abordarmos o assunto das lesões por pressão, cujos resultados estavam presentes em um número expressivo no nosso estudo, a literatura tem reportado que essa condição pode surgir em idosos institucionalizados, hospitalizados ou domiciliados e que dentre os agravos que essas lesões possam acarretar, destacam-se: a hospitalização prolongada, uma maior dificuldade de recuperação do

doente e o risco para desenvolver outras complicações, além de maior morbidade e mortalidade dos pacientes acometidos. A falta de movimentação, em idosos críticos ou sob uso de sedativos, a má perfusão tecidual pelo uso de drogas vasoativas, além da desnutrição podem favorecer ao surgimento dessas úlceras (Cavalcanti; Kawada, 2020; Baron *et al*., 2020; Campanili, 2015).

Quanto as limitações deste estudo, podemos destacar a exclusão de alguns pacientes cujos prontuários estavam incompletos, o que reduziu o tamanho da amostra analisada. Consequentemente, os resultados podem não refletir com precisão a população idosa com DCNT em atendimento domiciliar em Campo Grande – MS. Além disso, como as características demográficas, socioeconômicas e de saúde variam entre locais, os resultados desta pesquisa específica não podem ser aplicados a outras populações de idosos com DCNT recebidos por serviços de atenção domiciliar.

7 CONCLUSÕES

Os pacientes idosos assistidos pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) foram caracterizados nos principais Distritos Sanitários do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, do período entre 2018 e 2022.

A maioria dos pacientes eram mulheres, com uma idade média de 75,7 anos, situando-se entre a faixa etária de 70 a 79 anos, e com predominância de afecções neurológicas, inclusive, pulmonares. Houve variações significativas entre os distritos sanitários em termos de tipo de afecções, dispositivos necessários e complexidade do atendimento. Anhanduizinho e Lagoa apresentaram maior número de admissões, enquanto Prosa destacou-se pelo maior uso de sondas nasogástricas. Observou-se que os homens tiveram maior prevalência de acidentes vasculares encefálicos, e as mulheres apresentaram mais casos de afecções pulmonares, metabólicas e gastrointestinais. Dentre os dispositivos utilizados no SAD, o suporte ventilatório, também foi mais requerido pelas mulheres, inclusive da modalidade de atenção domiciliar de alta complexidade, enquanto que o sexo masculino requereu mais o uso da sonda de cistostomia.

A correlação entre as características dos pacientes e os diferentes distritos sanitários, em Campo Grande –MS, evidenciou a necessidade de estratégias de saúde específicas para cada região. As diferenças entre os sexos em termos de condições de saúde e uso de dispositivos destacam a importância de um atendimento domiciliar personalizado.

Estes resultados sublinham a urgência de políticas públicas direcionadas para otimizar os programas de educação em saúde e implementar cuidados multidisciplinares. Tais medidas são essenciais para mitigar as complicações das doenças crônicas não transmissíveis e melhorar a qualidade de vida dos idosos atendidos pelos SADs em Campo Grande.

REFERÊNCIAS

AIDEN, H. **Multimorbidity - understanding the challenge**. A report for the Richmond Group of Charities. 2018. Disponível em: https://www.richmondgroupofcharities.org.uk/sites/default/files/multimorbidity_-_understanding_the_challenge.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.

ALVES, L. C., LEIMANN, B. C. Q., VASCONCELOS, M. E. L., CARVALHO, M. S., VASCONCELOS, A. G. G., FONSECA, T. C. O., LEBRÃO, M. L., LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, 2007. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019

ALVES, L. C., LEITE, I. C., MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016

ALWAZZAN, A. Non-communicable diseases. **Pakistan BioMedical Journal**, v. 5, n. 4, p. 01–01, 2022. https://doi.org/10.54393/pbmj.v5i4.413

ANDRADE, S. S. A., STOPA, S. R., BRITO, A. S., CHUERI, P. S., SZWARCWALD, C. L., MALTA, D. C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços dde Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012

BAJOTTO, A. P., WITTER, A., MAHMUD, S. J., SIRENA, S., GOLDIM, J. R. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre. **Revista HCPA**, v. 32, n. 3, 2012. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/31055. Acesso em: 13 fev. 2024.

BARON, M. V., ITAQUY, V. P., SANTOS, T. G., SILVEIRA, J. B., GELB, G. T., NERYS, F., COSTA, B. E. P. Relação entre lesão por pressão e estado nutricional em pacientes hospitalizados: Revisão de literatura. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades**, v. 2, n. 1, p. 1–16, 2020. https://doi.org/10.47149/pemo.v2i1.3581

BELLANDI, V., CERAVOLO, P., DAMIANI, E., MAGHOOL, S., CESARI, M., BASDEKIS, I., ILIADOU, E., MARZAN, M. D. A methodology to engineering continuous monitoring of intrinsic capacity for elderly people. **Complex & Intelligent Systems**, v. 8, p. 3953–3971, 2022. https://doi.org/10.1007/s40747-022-00775-w

BENEDETTI, T. R. B., MEURER, S. T., MORINI, S. Anthropometric indices related to cardiovascular and metabolic diseases in older adults. **Journal of Physical Education**, v. 23, n. 1, p. 123-130, 2012. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/11393. Acesso em: 10 jan. 2024.

BONIFÁCIO, G., GUIMARÃES, R. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100**. Rio de Janeiro: Ipea, 2021. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10889. Acesso em: 14 abr. 2024.

BORDIN, D., LOIOLA, A. F. L., CABRAL, L. P. A., ARCARO, G., BOBATO, G. R., GRDEN, C. R. B. Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., v. 23, n. 2, 2020. https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200069

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. **Cenário das doenças crônicas não transmissíveis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/fact-sheet-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel. Acesso em: 21 jan. 2024.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo.** Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei n° 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Governo Federal, 2003.

BRASIL. **Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Governo Federal, 1994.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília**:** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2021. 118 p.

BRASIL. **Portaria n° 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.161, de 07 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012.** Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPANILI, T. C. G. F. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp, p. 7-14, 2015. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700002

CARNAÚBA, C. M. D., SILVA, T. D. A., VIANA, J. F., ALVES, J. B. N., ANDRADE, N. L., TRINDADE, E. M. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 352–362, 2017. https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163

CARVALHO, C. R. A., HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v.18, n. 2, p. 417-431, 2015. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14054

CAUGHEY, G. E., LANG, C. E., BRAY, S. C. E., SLUGGETT, J. K., WHITEHEAD, C., VISVANATHAN, R., EVANS, K., CORLIS, M., CORNELL, V., BARKER, A. L., WESSELINGH, S., INACIO, M. C. Quality and safety indicators for home care recipients in Australia: development and cross-sectional analyses. **BMJ Open**, v. 12, n. 8, p. e063152, 2022. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063152

CAVALCANTI, E. O., KAMADA, I. Medical-device-related pressure injury on adults: an integrative review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0371

DORNA, M. S. Alimentação de idosos diabéticos e não diabéticos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 2, p. 398-399, 2022. https://doi.org/10.36660/abc.20211001

DUMKA, N., MANGAT, S., AHMED, T., HANNAH, E., KOTWAL, A. Adding health to years: A review of the National Programme for Health Care of the Elderly (NPHCE) in India. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 11, n.11, p. 6654-6659, 2022. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_765_22

FERRAZ, A. C. L. O., SOUZA, B. A., RODRIGUES, D. D. M. X., LOPES, E. C., COMIN, J. Os benefícios dos exercícios resistidos para prevenção e tratamento da sarcopenia em idosos. **Revista Tópicos**, v. 2, n. 6, p. 1-12, 2024. https://doi.org/10.5281/zenodo.10676650

FLORIANI, C. A., SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-94, 2004. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400013

GALERA, S. C., COSTA, E. F. A., GABRIELE, R. R. Medical education in geriatrics: Brazilian and global challenge. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 2, p. 88-94, 2017. https://doi.org/10.5327/Z2447-211520171700034

GAO, M., ZHANG, Y., TIAN, Y., GAO, Y., LI, X., LU, Y. A qualitative exploration of Chinese rural older adults' adaption experience to disability in Henan Province. **BMC Public Health**, v. 23, n. 512, 2023. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15425-0

GIACOMIN, K. C., MAIO, I. G. A PNI na área da Saúde. *In*: ALCÂNTARA, A. O., CAMARANO, A. A., GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 135-174. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf. Acesso em 15 jan 2024.

GIACOMIN, K. C., PEIXOTO, S. W. V., UCHÔA, M. E., COSTA, M. F. L. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007

GORDILHO, A., SÉRGIO, J., SILVESTRE, J., RAMOS, L.R., FREIRA, M.P.A., ESPINDOLA, N., MAIA, R., VERAS, R., KARSCG, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92 p.

HAMEED, F., HAQUE, M., IQBAL, J., HUSSAIN, T., MEMON, Z. H., NAZ, S. Effect of age on relationship between hypertension and its clinical manifestations. **Pakistan Journal of Medical and Health Sciences**, v. 16, n. 1, p. 46-49, 2022. https://doi.org/10.53350/pjmhs2216146

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Agência IBGE, 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade. Acesso em: 02 mai. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **População Campo Grande**, 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama. Acesso em: 22 abr. 2024.

JORDAN, P. A. S. Idosos domiciliados: Saúde geral x higiene bucal. **Revista Naval de Odontologia**, v. 50, n. 2, p. 15-21, 2023. https://doi.org/10.22491/25149.50-2-2

LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S., GIATTI, L., UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300007

LIU, L. H., KAO, C. C., YING, J. C. Functional capacity and life satisfaction in older adult residents living in long-term care facilities: The mediator of autonomy. **Journal of Nursing Research**, v. 28, n. 4, p. e102, 2020. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000362

MACINKO, J., ANDRADE, F. C. D., NUNES, B. P., GUANAIS, F. C. Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. e8, 2019. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.8

MAHAJAN, S., GU, J., CARABALLO, C., et al. Relationship of age with the hemodynamic parameters in individuals with elevated blood pressure. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 7, p. 1520-1528, 2020. https://doi.org/10.1111/jgs.16411

MALIK, M. A. Functional disability among older adults in India; a gender perspective. **PLoS ONE**, v. 17, n. 9, p. e0273659, 2022. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273659

MALTA, D. C., SILVA, A. G., CARDOSO, L. S. M., ANDRADE, F. M. D., SÁ, A. C. M. G. N., PRATES, E. J. S., ALVES, F. T. A., JUNIOR, G. F. X. Noncommunicable diseases in the Journal Ciência & Saúde Coletiva: a bibliometric study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4757-4769, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020

MASSI, D., DOUMBE, J., PATOUOKOUMCHE, R., AYEAH, C., KENMEGNE, C., MAPOURE, Y. Outcome between diabetic versus non-diabetic acute stroke in a black African population: A cohort study. **World Journal of Neuroscience**, v. 11, p. 231-245, 2021. https://doi.org/10.4236/wjns.2021.113017

MELO, L. A., LIMA, K. C. Prevalence and factors associated with multimorbidities in Brazilian older adults. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018

MESQUITA, S. R. A. M., ANSELMI, M. L., SANTOS, C. B., HAYASHIDA, M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marilia-SP: custos de materiais consumidos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 555-561, 2005. https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400014

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. C. G., SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140

NAGAOKA, C., LEMOS, N. F. D., YOSHITOME, A. Y. Caracterização dos idosos de um programa de atendimento domiciliar quanto à saúde e à capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 3, p. 129-134, 2010.

Organização das Nações Unidas - ONU. **Assembleia mundial sobre envelhecimento:** Resolução 39/125. Viena, 1982.

PAKHARE, A., JOSHI, A., ANWAR, R., et al. Linkage to primary-care public health facilities for cardiovascular disease prevention: a community-based cohort study from urban slums in India. **BMJ Open**, v. 11, p. e045997, 2021. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045997

PERISSÉ, C., MARLI, M. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. **Revista Retratos,** v. 16, n. 1, p.18-25, 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade. Acesso em: 12 nov. 2023.

RANUCI, A. E. R., ANDRADE, U. V., BARROS, L. A. F. Perfil epidemiológico de pessoas idosas que frequentam uma clínica escola de Campo Grande – MS. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 74575-74586, 2021. https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-575

ROCHA, G. B. V., GONÇALVES, S. J. C., VIEIRA, B. S. S., COSTA, C. P. B. Análise epidemiológica da ocorrência do Acidente Vascular Encefálico e sua mortalidade no período de 2010 a 2019 no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação,** v. 8, n. 9, p. 809–826, 2022. https://doi.org/10.51891/rease.v8i9.6827

ROWE, P. **Essential statistics for the pharmaceutical sciences**. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

SÁ, B.A.de, ALVES, B.P., SILVA, D.P.L. da, SILVA, E.R.da, GUEDES, I.C.A.S, ALVES,J.T., SOUZA, J.de, PEREIRA, M.G, BENEDITO, M.H.A, MOURA, L.C.de, FIRMINO, V.S, OLIVEIRA, R.R.de. Análise da prevalência do Acidente Vascular Encefálico em idosos. *In:* ROCHA, S.M.C. **Políticas de Envelhecimento Populacional**. Ponta Grossa: ATENA, 2019.p.19-26. https:// doi 10.22533/at.ed.7961913113

SHEPPERD, S., BUTLER, C., CRADDUCK-BAMFORD, A., ELLIS, G., GRAY, A., HEMSLEY, A., KHANNA, P., LANGHORNE, P., MORT, S., RAMSAY, S., SCHIFF, R., STOTT, D.J., WILKINSON, A., YU, LM., YOUNG, J. Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons?: A Randomized Trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 147, n.7, p. 889-898, 2021. https://doi:10.7326/M20-5688.

SILVA, H. D. M. L., SILVA, A. G. F., ORUE, B. R., MAGALHÃES, J. P. R., MEDEIROS, J. V., CARVALHO, T. N. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Campo Grande: Secretaria Municipal da Saúde, 2021. Disponível em: https://prefcg-repositorio.campogrande.ms.gov.br/wp-cdn/uploads/sites/30/2021/12/pms-2022-2025-1639061218.pdf. Acesso em: 02 fev. 2024.

Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande - SISGRAN/MS. **Mapa da Região Urbana de Campo Grande/MS.** Disponível em: https://sisgranmaps.campogrande.ms.gov.br/. Acesso em: 23 fev. 2024.

SKOPEC, L., ZUCKERMAN, S., AARONS, J., WISSOKER, D., HUCKFELDT, P. J., FEDER, J., BERENSON, R. A., DEY, J., OLIVEIRA, I. Home Health use in medicare advantage compared to use in traditional medicare. **Health Aff (Millwood)**, v. 39, n. 6, p. 1072-1079, 2020. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01091

SOUZA, J. O., OLIVEIRA, B. C., SOUZA, V. L., FILGUEIRAS, S. R. D., BASTOS, A. D. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. **Saúde Redes**, v. 2, n. 3, p. 292-300, 2016. https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3p292-300

THEIS, L. C., MIKOSZ, D. M., ROSA, S. V., MOYSÉS, S. T., MORAES, T. P. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 68, p. 7-20, 2021. https//doi.org/10.13037/ras.vol19n68.7411

TINÉ, R. F., FREITAS, C. E., PAES, N. L. Impact of the demographic transition on tax collection in Brazil: an analysis of the federative aspect. **Estudos Econômicos**, v. 50, n. 1, p. 43-65, 2020. https://doi.org/10.1590/0101-41615012rcn

TRAM, H. T. H., TANAKA-MIZUNO, S., TAKASHIMA, N., et al. Control of diabetes mellitus and long-term prognosis in stroke patients: the shiga stroke and heart attack registry. **Cerebrovascular Diseases**, v. 52, n. 1, p. 81–88, 2023. https://doi.org/10.1159/000525648

UMANE. **Diagnóstico por municípios**. UMANE, 2023. Disponível em: https://observatoriodaaps.com.br/menu-municipio/?utm_source=GS_Google_Search&utm_medium=cpc&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw_-GxBhC1ARIsADGgDjvzC-KCOtYwYI-QUV5vHhtR2d9ln-YoCiTa4cfjJ8wDAkXmyYtzSCEaAvJ3EALw_wcB. Acesso em: 14 fev. 2024.

United Nations. **World population prospects 2022:** Summary of results. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2022_wpp_key-messages.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

VASCONCELOS, A. M. N., GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-48, 2012. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003

WRÓBLEWSKA, Z., CHMIELEWSKI, J. P., FLOREK-ŁUSZCZKI, M., NOWAK-STARZ, G., WOJCIECHOWSKA, M., WRÓBLEWSKA, I. M. Assessment of functional capacity of the elderly. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 30, n. 1, p. 156-163, 2023. https://doi.org/10.26444/aaem/161775

APÊNDICE A - Ficha de coleta de dados

FICHA DE COLETA DE DADOS – MESTRADO - UFMS			
PACIENTE (INICIAIS)			
DATA DE NASCIMENTO			
IDADE			
SEXO	( ) Feminino ( ) Masculino		
TELEFONE			
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)			
( ) SESAU ( ) HRMS			
DISTRITO SANITÁRIO			
( ) Bandeira ( ) Segredo ( ) Prosa ( ) Anhanduizinho ( ) Lagoa ( ) Centro			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
CID-10			
DISPOSITIVOS	( ) SNE/ SNG	( ) GTT	( ) TQT
	( ) Citostomia	( ) Colostomia	( ) Oxigenioterapia
	( ) Dreno de vias biliares		( ) Suporte ventilatório: VM/VMNI
MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR			
( ) AD1 ( ) AD2 ( ) AD3			
DESFECHO DO ATENDIMENTO			
( ) Alta ( ) Óbito ( ) Alta para internação hospitalar ( ) Ainda em atendimento			

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto: Caracterização dos pacientes idosos atendidos pelos serviços de atenção domiciliar nos principais distritos sanitários de uma cidade de grande porte do Mato Grosso do Sul, Brasil
Pesquisadores: Misleine Aragão Costa e Albert Schiaveto de Souza.
Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS
Telefone para contato: (67) 9 9958 3932

Nome do paciente (INICIAIS): _____Idade: ____ / R.G.:_____

Cuidador responsável (INICIAIS):_____/ R.G_____

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Caracterização dos pacientes idosos atendidos pelos serviços de atenção domiciliar nos principais distritos sanitários de uma cidade de grande porte do Mato Grosso do Sul, Brasil.", desenvolvida pelos pesquisadores Misleine Aragão Costa e Albert Schiaveto de Souza. O objetivo central do estudo é "caracterizar os pacientes idosos assistidos pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) no município de Campo Grande, MS".

O convite para a sua participação deve-se a sua admissão no setor do Serviço de Atendimento Domiciliar e pertencer aos critérios de inclusão exigidos pela pesquisa, tais como: ser considerado idoso, com idade igual ou acima de 60 anos, admitidos no Programa de Atendimento Domiciliar, no período de Janeiro de 2018 a Dezembro de 2022, e possuir informações completas e necessárias à pesquisa a partir do um questionário pré-elaborado.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Como a pesquisa envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o(a) Sr.(a) ser exposto publicamente) e para minimizar esse risco, NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O(A) SR(A) COMO NOME, CODINOME, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, NÚMEROS DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, entre outros, não serão utilizadas sem sua autorização. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Haverá comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos na pesquisa para que os danos previsíveis sejam evitados. Os materiais e os dados obtidos na pesquisa serão exclusivamente utilizados para a finalidade prevista no seu protocolo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

A sua participação, ou autorização do cuidador principal, consistirá em permitir o acesso aos seus dados, contidos no seu prontuário eletrônico ou físico, baseados nas seguintes variáveis: nome, idade, sexo, diagnóstico principal,

diagnóstico fisioterapêutico, grau de escolaridade do paciente, grau de independência do paciente, via de respiração, via de alimentação, uso de suporte ventilatório, presença de úlcera por pressão, óbito, alta, internações hospitalares, composição da equipe multiprofissional.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é permitir que esse campo de estudo possa alertar as autoridades públicas para uma maior atuação dos programas de saúde e também da conscientização da população da necessidade do tratamento da doença crônica e mudanças de hábitos de vida.

Caso algum participante venha a sofrer qualquer tipo de dano em decorrência do estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas na pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email "misleinearagao@hotmail.com", do telefone "(67)999583932", ou por meio do endereço (profissional) "misleine.aragao@ufms.br".

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30 - 11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ _____/_____/_____

Assinatura do responsável pelo estudo Data

Eu,_____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____ _____

Nome e assinatura do paciente ou seu cuidador principal Testemunha

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

_____

APÊNDICE C - Solicitação de exclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, abaixo assinados, pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “Caracterização dos pacientes idosos atendidos pelos Serviços de Atendimento Domiciliar em uma cidade de grande porte do Mato Grosso do Sul, Brasil”, e baseando-se na Resolução CNS 466/2012, solicitamos a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para alguns pacientes cujo contato por meio telefônico tornar-se-á inviável quando o paciente não puder ser localizado por meio do número de telefone fornecido no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS da Atenção Básica ou em prontuário físico. Neste caso, será apresentado relatório parcial e final da lista de participantes que não passarão pelo processo de consentimento livre e esclarecido com as respectivas justificativas.

Declaramos ainda que caso a dispensa do TCLE, seja aprovada pelo CEP para esse caso, os pesquisadores se comprometerão com o sigilo dos dados, a privacidade do participante e com o uso das informações apenas para o estudo em questão e garantiremos a ausência de contato com os participantes da pesquisa e/ou seus responsáveis por qualquer meio de comunicação.

Campo Grande, _____/_____/_____.

_____
Nome e assinatura do orientador responsável

_____
Nome e assinatura do pesquisador

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL.

Pesquisador: MISLEINE ARAGAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65052022.3.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.889.888

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional de abordagem quali quantitativa, retrospectiva e transversal, na população idosa para compreender as características clínicas e epidemiológicas desses pacientes que carecem tanto de assistência domiciliar quanto de modelos que possibilitem formas alternativas à hospitalização cujo objetivo será de caracterizar clínica e epidemiologicamente os pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar no município de Campo Grande, MS. A coleta de dados será realizada por meio de banco de dados dos Serviços de Atenção Domiciliar do município. Com a pesquisa busca "fomentar estratégias para o enfrentamento dos desafios crescentes do envelhecimento populacional, contribuir para que, através da interdisciplinaridade, o conhecimento possa ser
aprimorado, a troca de saberes, compartilhada e os idosos assistidos de forma integral".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar os pacientes idosos assistidos pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) no município de Campo Grande, MS.

Objetivo Secundário:

a) Categorizar o perfil dos pacientes admitidos nos SADs referente a idade, sexo, patologia, gravidade da doença, grau de dependência e desfecho do atendimento; b) Correlacionar as

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¿ Prédio das Pró-Reitorias ¿Hércules Maymone¿ ¿ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¿ Prédio das Pró-Reitorias ¿Hércules Maymone¿ ¿ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2023156.pdf	30/12/2022 15:33:55		Aceito
Outros	SESAU.pdf	30/12/2022 15:32:55	MISLEINE ARAGAO	Aceito
Outros	TERMOS.pdf	30/12/2022 15:31:10	MISLEINE ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/12/2022 15:27:19	MISLEINE ARAGAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	30/12/2022 15:18:32	MISLEINE ARAGAO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17/10/2022 20:17:14	MISLEINE ARAGAO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 13 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

GOVERNO DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADE: HRMS/FUNSAU

+HRMS
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

Carta de Anuência da Comissão de Ética do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) para realizar pesquisa em seres humanos

A Diretora Presidente do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), Dra. Marielle Alves Correa Esgalha, está de acordo com a realização da Pesquisa intitulada: **"CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL".** Pesquisadora: **MISLEINE ARAGÃO COSTA**. Orientador: **ALBERT SCHIAVETO DE SOUZA.**

A ser realizada no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul após aprovação do CEP ou CONEP.

Por ser verdade, firmo o presente,

Campo Grande, 14 de setembro de 2023.

Marielle

Dra. Marielle Alves Correa Esgalha
Diretora Presidente da Fundação em Serviços de Saúde MS/FUNSAU
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Dra. Marielle Alves Correa Esgalha
Diretora Presidente

HRMS
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Nr. 14/2023

A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informado da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado **"CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL".** Pesquisadora: **MISLEINE ARAGÃO COSTA**. Orientador: **ALBERT SCHIAVETO DE SOUZA.**

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme preconiza a resolução CNS **466 de 12 de Dezembro de 2012** e demais resoluções complementares. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Campo Grande, MS 14 de setembro de 2023.

Maruã Omais
Membro da Comissão de Ética em Pesquisa
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

ANEXO C – Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a) MUSLEINE ARAGÃO COSTA, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 029 357 774-99, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 2675013, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. R. CONSELHEIRO JOÃO ALFREDO, Nº 576, Bairro: VILA NS DAS GRAÇAS nesta Capital, telefone nº. (67) 9 8188 5341 pesquisador (a) do Curso de MESTRADO, da Instituição UFMS com o título do Projeto de Pesquisa: **"Caracterização dos Pacientes Idosos Atendidos Pelos Serviços de Atendimento Domiciliar em uma Cidade de Grande Porte do Mato Grosso do Sul, Brasil"**, orientado (a) pela Professor (a) ALBERT SOARES DE SOUZA inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 740.335.401-30, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 3.928.940.8 SSP/PR, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. MARACAJU Nº 1136 AP 62, Nº. 1336, Bairro: CENTRO, nesta cidade, telefone nº. 79 2358 3716, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO CENTRO OESTE da Instituição UFMS.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 16 de Agosto de 2022.

Musleine Aragão Costa — Pesquisador(a)

Albert S. Souza — Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria Geral de Educação em Saúde/SESAU

0077/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 16 de Agosto de 2022.

Michine Aragão Costa
Pesquisador (a)

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU