

Perfil nutricional dos usuários acompanhados pelo programa “Melhor em Casa” em um município da região sul do Brasil

“Melhor em casa” user’s nutritional profile in a Brazilian southern municipality

DOI: 10.37111/braspenj.2023.38.2.11

Viviane Leindecker¹
Fernanda Corrêa de Campos²
Ana Beatriz Cauduro Harb³

Unitermos:

Assistência domiciliar. Avaliação nutricional. Serviços de assistência domiciliar. Equipe multidisciplinar. Estado nutricional.

Keywords:

Home assistance. Nutritional assessment. Home assistance services. Multidisciplinary team. Nutritional status.

Endereço para correspondência:

Viviane Leindecker
Av. Unisinós, 950 – Bairro Cristo Rei – São Leopoldo, RS, Brasil – CEP: 93022-750
E-mail: vleindecker@hotmail.com

Submissão

13 de maio de 2023

Aceito para publicação

24 de junho de 2023

RESUMO

Introdução: O “Melhor em Casa” é um programa de atenção domiciliar, que se caracteriza como uma modalidade assistencial à saúde que garante a continuidade dos cuidados no domicílio. O objetivo deste estudo foi verificar o perfil nutricional dos usuários acompanhados pelo Programa Melhor em Casa do município de São Leopoldo, RS, Brasil. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, com abordagem quantitativa, com usuários acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar, nas modalidades AD2 e AD3 (níveis de assistência de atenção domiciliar definidas a partir das necessidades de cuidados de cada caso). Os dados clínicos e sociodemográficos foram coletados por meio de um questionário. O peso e a altura foram aferidos ou estimados para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e para a avaliação do estado nutricional. **Resultados:** Participaram do estudo 57 usuários, sendo a maioria, idosos (73,7%), do sexo masculino (52,6%), com baixa renda e escolaridade. As doenças neurológicas foram as mais predominantes (70,2%), seguidas pelas doenças cardíacas (54,4%). Em relação às características clínicas e funcionais, 56,1% dos participantes eram acamados, 43,9% apresentavam lesão por pressão e 59,6% se alimentavam por via oral. Quanto ao estado nutricional, 56,1% apresentaram algum grau de desnutrição, sendo que a maioria deles era idosa (71,4%). Foram encontradas associações significativas, onde idosos apresentaram mais doenças cardíacas ($p=0,027$), a traqueostomia esteve mais presente nos adultos ($p=0,044$) e os idosos com doenças neurológicas usavam mais sondas ($p=0,013$). **Conclusão:** A partir dos resultados encontrados, o presente estudo reforça a importância do programa “Melhor em Casa” e sugere a necessidade de ações e estratégias, para garantir o cuidado de forma humanizada, integral, multidisciplinar e articulada entre os serviços da rede.

ABSTRACT

Introduction: “Melhor em Casa” (Better at Home) is a home care program that is characterized as a health care modality that guarantees continuity of care at home. The aim of this study was to verify the nutritional profile of users followed by the “Better at Home” program in the city of São Leopoldo, RS, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, with a quantitative approach, with users accompanied by the home care service, in the AD2 and AD3 modalities (levels of home care defined based on the needs of each case). Clinical and sociodemographic data were collected using a questionnaire. Weight and height were measured or estimated to calculate body mass index (BMI) and assess nutritional status. **Results:** There were 57 participants in the study. The majority were elderly (73.7%), males (52.6%), with low income and education. Neurological diseases were the most prevalent (70.2%), followed by heart diseases (54.4%). Regarding clinical and functional characteristics, 56.1% of the participants were bedridden, 43.9% had pressure injuries and 59.6% were fed orally. As for nutritional status, 56.1% had some degree of malnutrition, and most of them were elderly (71.4%). Significant associations were found, where elderly people had more heart disease ($p=0.027$), tracheostomy was more present in adults ($p=0.044$) and elderly people with neurological diseases used more tubes ($p=0.013$). **Conclusion:** Based on the results found, the present study reinforces the importance of the Better at Home Program and suggests the need for actions and strategies to guarantee care in a humanized, integral, multidisciplinary and articulated way among the network services.

1. Nutricionista Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, Residente em Onco-hematologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HCPA - E-mail: (vleindecker@hotmail.com) - Novo Hamburgo - RS - Brasil
2. Nutricionista Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS - E-mail: (fernandaccamp@gmail.com) - São Leopoldo - RS - Brasil.
3. Nutricionista, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da UFRGS, Docente do curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS - E-mail: (anaharb@anaharb.com.br) - São Leopoldo - RS - Brasil

INTRODUÇÃO

O “Melhor em Casa” é um programa de atenção domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) integrado às Redes de Atenção à Saúde (RAS), criado em 2011. Trata-se de uma modalidade de assistência prestada diretamente no domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados dos usuários, com ações voltadas à promoção, prevenção, tratamento, manutenção e/ou recuperação do estado de saúde^{1,2}.

A AD desafia tanto a modalidade, quanto as equipes habilitadas, transcendendo a lógica tradicional de cuidado ao atuar no cenário do usuário atendido. Estudos destacam suas competências, como maximizar o nível de independência, minimizar os efeitos das enfermidades e diminuir os riscos de infecções hospitalares³. Limitações também são mencionadas, como ambiência dos locais e condições precárias como empecilho na oferta de AD, além da baixa escolaridade e renda^{2,4}.

A AD é feita por equipes multiprofissionais, que atuam em conjunto com diferentes áreas do conhecimento, na prática interdisciplinar, em vista de maior integralidade e resolutividade no cuidado. O nutricionista não compõe o quadro mínimo das equipes, mas pode auxiliar como apoio. A importância do profissional é referida em diferentes artigos, quando avaliam o perfil do usuário, sendo que a doença e as alterações fisiológicas inerentes à vida, demandam necessidades energéticas diferentes³.

De acordo com a literatura, a AD concentra números significativos de usuários portadores de doenças crônicas, tendo grande impacto na forma como o indivíduo reage a sua condição clínica e seu contexto de vida. Do mesmo modo, o acompanhamento adequado é de extrema importância para evolução, manutenção ou recuperação do estado funcional e nutricional, garantindo autonomia e qualidade de vida, além de prevenir reinternações hospitalares e complicações, diminuindo os gastos públicos^{1,5,6}.

Levando em conta as potencialidades, limitações e a importância da AD, é fundamental caracterizar, compreender e revelar o perfil nutricional dos usuários acompanhados por um serviço de AD, de forma complementar e construtiva, tendo em vista o impacto que este produz na vida dos usuários. Desse modo, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil nutricional dos usuários acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, em um município do estado do Rio Grande do Sul (RS).

MÉTODO

Fizemos um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento transversal, realizado no município de São Leopoldo, conduzido com base nas recomendações da *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

A população do estudo foi composta por todos os usuários do Programa Melhor em Casa, de ambos os sexos,

acompanhados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) no Serviço de Atenção à Saúde (SAD), nas modalidades AD2 e AD3. Foram excluídos os usuários da AD1, de ambos os sexos, não acompanhados pela EMAD no SAD, que durante a coleta de dados fossem internados, tivessem alta ou óbito ou não aceitassem participar do estudo. O total previsto foi 60 usuários, com variações por admissões no programa, internações, altas ou óbitos durante o período da coleta.

As variáveis coletadas foram idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça, histórico de internação, tempo de permanência no programa e a modalidade adscrita do usuário acompanhado pelo programa “Melhor em Casa”, nível socioeconômico através da classificação da ABEP, nível de qualidade de vida por meio da ferramenta WHOQOL-Bref, e ainda dados antropométricos, físicos e clínicos. As medidas antropométricas foram coletadas no ambiente domiciliar, respeitando as condições clínicas do usuário.

O peso foi aferido através de uma balança digital, calibrada antes de cada pesagem, em superfície lisa e nivelada, com capacidade de até 150 kg. Os usuários foram pesados descalços e com roupas leves, sem adornos, no centro do equipamento, eretos, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. A estatura foi medida com o usuário em pé, descalço, com os calcanhares juntos, as costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo em um estadiômetro. Para usuários acamados ou com dificuldade de deambular ou de manter-se em equilíbrio para aferição das medidas antropométricas, o peso e a altura foram estimados⁷. Para essas condições, a altura do joelho (AJ) e medidas da circunferência do braço (CB) e da panturrilha (CP) foram aferidas, essa última realizada no ponto de maior circunferência. Os pontos de corte utilizados para idosos foram os sugeridos por Barbosa-Silva et al.⁸, considerando-se para homens ≤ 34 cm e mulheres ≤ 33 cm e quando inferior ao ponto de corte, indicam diminuição da massa muscular ou sarcopenia. Além disso, foram levados em consideração para o cálculo da estimativa do peso, situações específicas de cada usuário, como presença ou não de edema e/ou ascite e amputações⁹.

Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), foi utilizada a fórmula de peso em quilogramas (kg), dividido pela altura em metros (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). A classificação do estado nutricional para adultos foi realizada segundo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ e, para os idosos, o critério foi segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹¹.

Os participantes da pesquisa receberam informações quanto aos objetivos e propósitos do estudo e sobre o sigilo dos dados e procedimentos utilizados. Além disso, foram informados sobre a liberdade em recusar a participação ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo. Todos os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste t de Student para amostras independentes foi aplicado. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$), e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), com número do parecer 4.394.392, observando as regras previstas na Resolução 441/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 57 usuários do Programa Melhor em Casa. Do total de 60 usuários previstos na amostra inicial, houve três exclusões, uma por óbito e duas por internação hospitalar, durante o período da coleta de dados. No estudo, 96,5% dos usuários estavam na modalidade AD2. Vale lembrar que as modalidades de assistência do SAD variam de acordo com as necessidades e demandas dos usuários, constituindo-se como AD2 ou AD3.

Dentre os participantes, 52,6% eram do sexo masculino, com idade média de $68,2 \pm 15,5$ anos. Quando divididos pela faixa etária entre idosos e adultos, a maioria (73,7%) tinha mais de 60 anos. Quanto à raça, 84,2% se autodeclararam como brancos. Com relação à situação conjugal, 50,9% eram casados ou em união estável e 28,1%, viúvos. Quanto à escolaridade, ter ensino fundamental incompleto foi o mais encontrado (49,1%) e 15,8% dos participantes eram analfabetos. Sobre a renda familiar, 38,6% encontravam-se na classe C2 (estimativa mensal de R\$ 1748,59) e 31,6% estavam na classe D-E da escala da ABEP (estimativa mensal de R\$ 719,81). Além disso, 84,2% residiam em

imóveis próprios, tendo, em média, $3 \pm 1,3$ moradores por casa. Ainda, para admissão no programa, é necessário a presença de um cuidador. Quanto às características destes, 86% eram do sexo feminino, com idade média de $50,8 \pm 14,2$ anos e 84,2% possuíam vínculo familiar (sem remuneração), enquanto que 15,8% eram remunerados. Em relação às internações hospitalares, 100% dos usuários já tinham tido pelo menos uma internação, 64,9% apresentaram histórico de 1 a 3 internações e 26,3% tinham tido de 4 a 7 internações. Sobre o tempo de permanência no programa, a mediana foi de 4,1 (1,3–12,3) meses.

A Tabela 1 apresenta os dados relacionados às características clínicas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e as comorbidades dos usuários. Com relação ao CID-10, os principais diagnósticos identificados foram neoplasias (26,3%), doenças do sistema circulatório (22,8%) e transtornos mentais e comportamentais (14%). Sobre o estado de saúde, 70,2% dos participantes apresentavam doenças neurológicas, 54,4% doenças cardíacas e 26,3% tinham diabetes Mellitus (DM). Entre os fatores de risco associados, 49,1% possuíam histórico de tabagismo. Foi encontrada significância estatística de maior incidência de eventos cardiológicos no grupo de idosos ($p=0,027$). Além disso, nos adultos também foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa para os traqueostomizados ($p=0,044$). Uma das justificativas para este fato é que a condição clínica do usuário pode estar relacionada aos acidentes de causas externas, como, por exemplo, traumatismo cranioencefálico (TCE).

Outras características clínicas e físicas estão descritas na Tabela 2. Com relação à função gastrointestinal, 68,4% dos usuários evacuavam diariamente, no mínimo, uma vez por dia, e 28,1% apresentavam dificuldades para evacuar. Foi possível observar que os idosos apresentaram maiores disfunções intestinais, tanto em relação à constipação quanto à diarreia quando comparados aos adultos. Quanto à locomoção e ao grau de dependência, a maioria (56,1%) não deambulava, sendo estes totalmente restritos ao leito,

Tabela 1 – Características clínicas: CID10 e as comorbidades dos usuários.

Variáveis	Amostra total (n=57)	Adultos (n=15)	Idosos (n=42)	p
CID10 – n(%)				0,157
Aparelho circulatório (I00-I99)	13 (22,8)	3 (20,0)	10 (23,8)	
Aparelho respiratório (J00-J99)	5 (8,8)	1 (6,7)	4 (9,5)	
Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	8 (14,0)	-	8 (19,0)	
Neoplasias (C00 - D48)	15 (26,3)	3 (20,0)	12 (28,6)	
Aparelho digestivo (K00 - K93)	1 (1,8)	-	1 (2,4)	
Sistema nervoso (G00 - G99)	6 (10,5)	3 (20,0)	3 (7,1)	
Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	1 (1,8)	-	1 (2,4)	
Malformações congênitas (Q00 - Q99)	1 (1,8)	1 (6,7)	-	
Algumas consequências de causas externas (S, T)	6 (10,5)	3 (20,0)	3 (7,1)	

Continuação Tabela 1 – Características clínicas: CID10 e as comorbidades dos usuários.

Variáveis	Amostra total (n=57)	Adultos (n=15)	Idosos (n=42)	p
Vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20 - B24)	1 (1,8)	1 (6,7)	0 (0,0)	
Etilista – n(%)	10 (17,5)	4 (26,7)	6 (14,3)	0,429
Tabagista – n(%)	28 (49,1)	7 (46,7)	21 (50,0)	1,000
Diabetes Mellitus (DM) – n(%)	15 (26,3)	3 (20,0)	12 (28,6)	0,735
Doenças neurológicas – n(%)	40 (70,2)	12 (80,0)	28 (66,7)	0,513
Doenças Cardiológicas – n(%)	31 (54,4)	4 (26,7)	27 (64,3)	0,027
Doenças oncológicas – n(%)	15 (26,3)	3 (20,0)	12 (28,6)	0,735
Doenças hepáticas – n(%)	3 (5,3)	–	3 (7,1)	0,559
Doenças Gastrointestinais – n(%)	2 (3,5)	–	2 (4,8)	1,000
Doenças Renais – n(%)	2 (3,5)	–	2 (4,8)	1,000
Doenças Respiratórias – n(%)	10 (17,5)	4 (26,7)	6 (14,3)	0,429
Traqueostomia – n(%)	9 (15,8)	5 (33,3)	4 (9,5)	0,044

Tabela 2 – Outras características clínicas e físicas dos usuários

Variáveis	Amostra total (n=57)	Adultos (n=15)	Idosos (n=42)	p
Função Gastrointestinal – n(%)				0,453
Normal	39 (68,4)	12 (80,0)	27 (64,3)	
Constipação	16 (28,1)	3 (20,0)	13 (31,0)	
Diarreia	2 (3,5)	–	2 (4,8)	
Lesão por Pressão (LPP) – n(%)	25 (43,9)	7 (46,7)	18 (42,9)	1,000
Edema	8 (14,0)	2 (13,3)	6 (14,3)	1,000
Membro amputado	2 (3,5)	–	2 (4,8)	1,000
Cuidado paliativo – n(%)	15 (26,3)	3 (20,0)	12 (28,6)	0,735
Níveis de dependência				0,237
Não deambula (restrito no leito)	32 (56,1)	9 (60,0)	23 (54,8)	
Deambula com dependência	19 (33,3)	3 (20,0)	16 (38,1)	
Deambula sem dependência	6 (10,5)	3 (20,0)	3 (7,1)	
Polifarmácia (5 ou mais medicações) – n(%)	27 (47,4)	5 (33,3)	22 (52,4)	0,334

seguido dos parcialmente dependentes de algum recurso ou de terceiros para se locomover (33,3%). Estes achados podem estar indiretamente relacionados à incidência de lesão por pressão (LPP), presente em 43,9% dos usuários. Sobre a terapia medicamentosa, 47,4% utilizavam cinco ou mais medicamentos, configurado como polifarmácia, sendo que a maior parte esteve presente no grupo de idosos (52,4%). Não houve significância estatística para nenhuma destas variáveis.

Para avaliação do estado nutricional, foram utilizadas fórmulas para estimar o peso e a altura, em 89,5% da amostra, levando-se em conta as condições clínicas dos usuários. Do total de avaliados e de acordo com o IMC, 56,1% foram classificados com algum grau de desnutrição. Cabe ressaltar que a maioria era idosa (71,4%), 29,8% estavam com o peso adequado e 14,1% apresentavam excesso de peso. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) na variável IMC, ao comparar os idosos e os adultos. Esta

diferença pode ser explicada pelos critérios de classificação do IMC, da OMS¹⁰ para adultos e OPAS¹¹ para idosos. Entretanto, a média obtida da circunferência da panturrilha foi de $27,4 \pm 3,2$ cm, onde é observado que, dos 40 idosos pertencentes a este grupo, quase que a sua totalidade (n=39) apresentava circunferência reduzida, quando analisados pelos critérios de Barbosa-Silva et al.⁸. É importante salientar que, na análise da circunferência da panturrilha, houve a exclusão de 2 usuários, pela presença de edema.

Referente à alimentação, 40,4% alimentavam-se por sonda nasoentérica, jejunostomia ou gastrostomia, 31,6% recebiam dieta de consistência pastosa e 28% com consistência normal. No que diz respeito à ingestão alimentar em relação às necessidades energéticas diárias, 29,8% consumiam entre 25-50%, enquanto que 21% consumiam menos de 25% e apenas 8,8%, 50-75%. Quanto à suplementação, 21,1% usavam algum tipo de suplemento alimentar, seja em forma de pó ou líquidos. Não houve significância estatística para nenhuma destas variáveis.

As doenças cardiológicas estiveram presentes em 54,4% dos usuários. A Figura 1 ilustra a associação entre as doenças cardiológicas em idosos com ou sem baixo peso. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa

($p=0,003$), demonstrando que os usuários com baixo peso estão divididos proporcionalmente em 50% com a presença de doenças cardiológicas e 50% que não possuem nenhuma doença cardíaca. Já os usuários sem baixo peso têm 100% de eventos cardiológicos.

A Figura 2 mostra a associação feita entre os tipos de consistências de dietas e as doenças neurológicas nos idosos. Uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,013$) foi encontrada, revelando que a maioria destes com doenças neurológicas usava mais dietas por sondas (53,6%), seguidos por 28,6% que se alimentavam com consistência pastosa. Por outro lado, dos idosos sem doenças neurológicas, 50% se alimentavam na consistência pastosa, 42,9% com consistência normal e 7,1% faziam uso de sondas.

Em relação à qualidade de vida avaliada através do WHOQOL-Bref, somente 26,31% da amostra respondeu ao questionário, sendo a maior parte composta por usuários oncológicos em cuidados paliativos (66,67%). Quanto à média geral, 60% precisam melhorá-la (ponto de corte $<2,9$ pontos) e 40% apresentam qualidade de vida regular (ponto de corte 3 a 3,9 pontos). Cabe ressaltar que as demais classificações (qualidade de vida boa e muito boa) não foram encontradas. Ao analisar cada domínio (físicos,

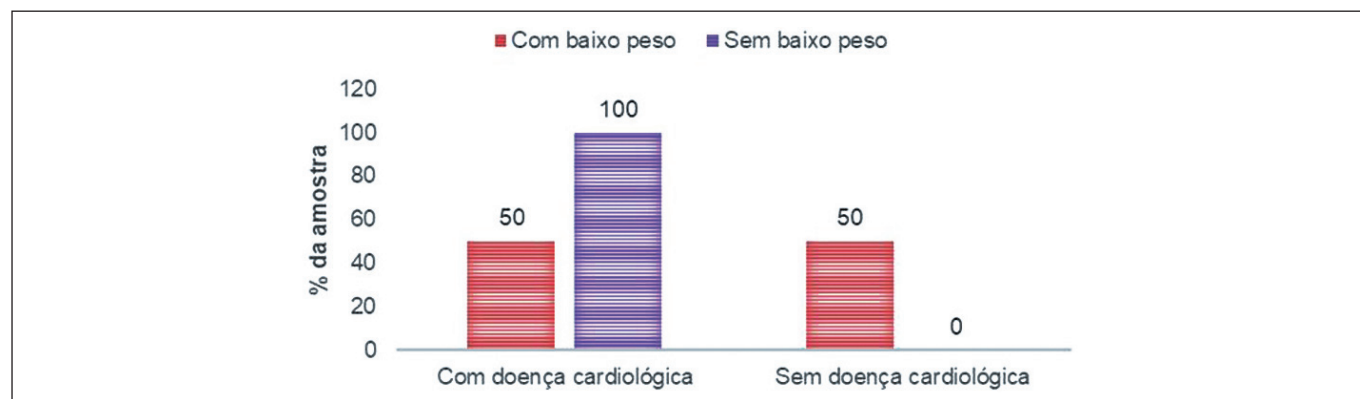


Figura 1 - Associação entre as doenças cardiológicas em idosos com ou sem baixo peso.

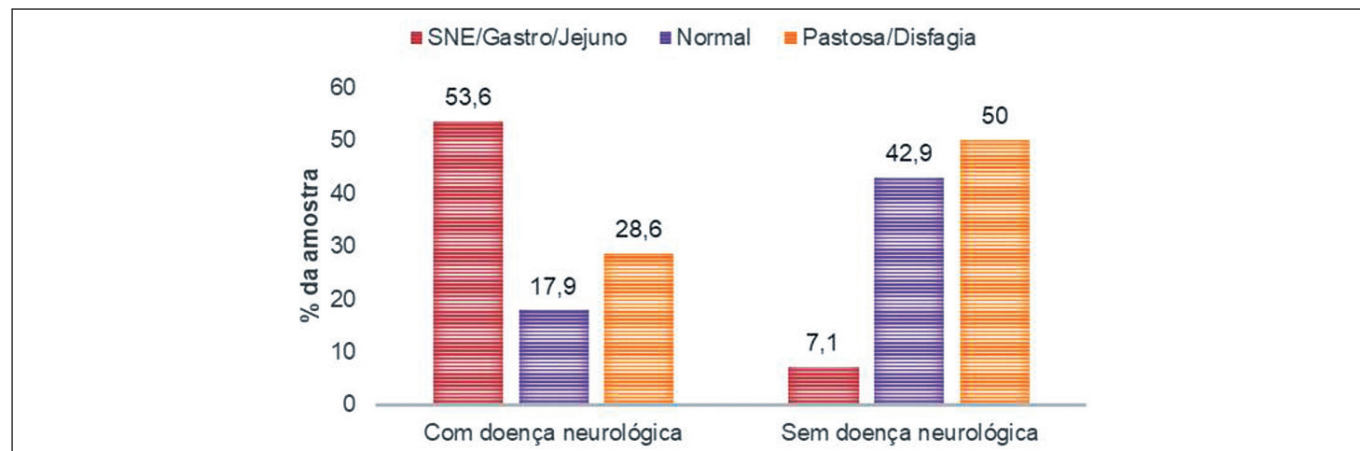


Figura 2 - Associação entre os tipos de consistências da dieta e as doenças neurológicas em idosos.

psicológicos, relações sociais e meio ambiente) nos usuários que necessitam melhorar a qualidade de vida, todos permaneceram abaixo do ponto de corte, sendo possível observar maiores alterações nos domínios físico e psicológico, com médias de pontos de 1,97 e 2,05, respectivamente. Também é possível constatar que, quando classificados com qualidade de vida regular, o domínio que mais se destacou foi relativo às relações sociais (média 3,06 pontos). Os demais usuários não tiveram condições de responder, devido aos problemas de saúde preexistentes, como doenças neurológicas (57,89%), doenças respiratórias (3,51%) e outras situações, representando 12,28% da amostra.

DISCUSSÃO

Referente às características sociodemográficas, neste estudo, houve predomínio do sexo masculino (52,6%), sendo a maioria constituída por idosos (73,7%). Dados semelhantes foram encontrados em estudos da literatura, como os de Sachett e Montenegro⁶, que tiveram por objetivo definir o perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pela equipe multidisciplinar de AD, e os de Araújo et al.¹², de conhecer o perfil sociodemográfico e patológico dos pacientes atendidos no programa “Melhor em Casa”. Os estudos citados acima também apresentaram maior prevalência do sexo masculino (54% e 57%, respectivamente).

Além disso, a maioria dos usuários era casada (50,9%) ou viúva (28,1%), com baixa escolaridade, uma grande parcela não completou o ensino fundamental (49,1%) e 15,8% eram analfabetos. Foram encontrados dados semelhantes em um estudo de investigação com pacientes atendidos por um programa público de AD, em que 31,3% eram casados e 29,8%, viúvos¹³. Outro estudo brasileiro realizado em Rio Branco, AC, também evidenciou que 34% eram alfabetizados e possuíam o fundamental incompleto e 13% eram analfabetos⁶.

Segundo Viacava et al.¹⁴, que analisaram as desigualdades regionais e sociais em saúde, indivíduos com menor grau de instrução têm maiores taxas de internações hospitalares e menos acesso aos serviços de saúde. Do mesmo modo, Duca et al.¹⁵ destacaram que indicadores negativos de saúde, como a incapacidade funcional, estão associados a baixos níveis de escolaridade.

Com relação ao diagnóstico de doenças, as principais encontradas no presente estudo foram as neoplasias (26,3%) e doenças do sistema circulatório (22,8%). Porém, é necessário considerar que os usuários não apresentavam uma única doença, mas a interação entre várias delas, estando diretamente relacionado às doenças crônicas não transmissíveis. Ao analisarmos as comorbidades, os distúrbios neurológicos foram os mais frequentes (70,2%), seguidos das doenças cardíacas (54,4%) e doenças oncológicas (26,3%). Evidenciam-se semelhanças com outros estudos em pacientes

domiciliares, sendo que as doenças neurológicas e suas sequelas são as mais predominantes, seguidas das doenças oncológicas, respiratórias e demenciais^{4,13,16,17}. Diabetes mellitus (DM) esteve presente em 26,3% dos usuários, semelhante a outros estudos, como de Silva et al.¹³, Sachett e Montenegro⁶ e Wachs et al.¹⁸, em que 16,8%, 31% e 16,9% dos pacientes tinham DM, respectivamente.

Além disto, Zaslavsky e Gus¹⁹ destacam que os idosos são susceptíveis às doenças degenerativas, como as cardiovasculares, cerebrovasculares, cânceres, transtornos mentais e estados patológicos. Ou seja, para os autores, as cardiovasculares têm relação com a mortalidade e morbidade nos idosos. Estes dados podem justificar a significância estatística encontrada no presente estudo ($p=0,027$), onde houve predominância de eventos cardiológicos nessa faixa etária. Os autores também mencionam que as disfunções do sistema cardiovascular avançam com a idade, relacionando diretamente a fatores de risco, como hipertensão arterial, DM, tabagismo, dislipidemias, sedentarismo e obesidade. Diante disso, estes fatores de riscos podem explicar outra significância estatística encontrada neste estudo ($p=0,003$), quando associado as doenças cardiológicas em idosos com ou sem baixo peso, sendo possível observar que idosos sem baixo peso têm 100% eventos cardiológicos.

Significância estatística também foi encontrada no uso de traqueostomia nos adultos ($p=0,044$), sendo principalmente observada nos usuários com diagnóstico de trauma. Reis et al.²⁰ avaliaram o perfil clínico e funcional de pacientes com TCE submetidos à traqueostomia. Os autores encontraram predominância do sexo masculino e adultos jovens, destacando semelhança com outros estudos, podendo esta ser atribuída ao fato de que os homens se expõem mais a condições de risco, além de se envolverem com frequência em violências e imprudências no trânsito.

A maioria dos usuários avaliados neste estudo apresentou mais de uma doença e, conseqüentemente, o uso de diversos medicamentos, sendo a polifarmácia identificada em 47,4% dos usuários. Achados similares foram encontrados nos estudos de Carmo et al.⁴ e de Silva et al.¹³, onde ambos encontraram 47,3% dos pacientes utilizando cinco ou mais medicamentos.

Correia e Teston²¹ também afirmaram que a polifarmácia está fortemente relacionada a questões sociodemográficas e condições de saúde. Além disto, no estudo de Romano-Lieber et al.²², onde avaliaram a sobrevivência de idosos do município de São Paulo expostos ao uso de polifarmácia, os autores concluíram que a utilização de cinco ou mais medicamentos é um preditor de mortalidade em idosos.

Em relação às características clínicas e funcionais, 56,1% dos usuários não deambulavam, sendo estes totalmente restritos ao leito, seguidos dos parcialmente dependentes de algum recurso ou de terceiros para se locomover (33,3%).

Dois estudos realizados em Minas Gerais verificaram que 71% do total de pacientes estavam restritos no leito^{4,13}. Já em um estudo desenvolvido em Maceió, AL, foi identificado que 72,5% eram acamados e 19,5% deambulavam com dependência¹⁶. Esse fato pode estar relacionado às doenças neurológicas, sendo estas as que mais causam comprometimento motor. A imobilização no leito acelera a perda de massa e força muscular e causa alterações neurológicas. Além disso, pode levar ao comprometimento da integridade da pele, com o surgimento de LPP⁹.

No presente estudo, 43,9% dos usuários apresentaram algum grau de lesão. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Silva et al.¹³ e de Carnaúba et al.¹⁶, em que a incidência de LPP esteve presente em 45,8% e 24,9% dos pacientes, respectivamente. Rodrigues et al.²³ avaliaram 131 pacientes atendidos pelo “Melhor em Casa”, onde alguns dos objetivos era estimar a prevalência do risco de lesão por pressão e identificar os fatores associados. No estudo, pela escala de Braden, 76,3% dos pacientes apresentaram risco de desenvolver LPP, sendo que 49,6% foram classificados com alto risco. Os autores destacaram, também, que 45,8% dos pacientes já apresentavam algum grau de lesão.

Referente ao estado nutricional, 56,1% dos usuários apresentaram algum grau de desnutrição, de acordo com o IMC, dado presente principalmente nos idosos (71,4%). Achados semelhantes foram similares ao de um estudo realizado em Santa Maria, RS, onde 67% dos pacientes restritos no domicílio apresentaram classificação de desnutrição⁵. Outro estudo brasileiro, com desenho observacional de coorte, realizado em Brasília, DF, avaliou a evolução clínica e nutricional de idosos que recebiam terapia nutricional enteral domiciliar. Na admissão ao programa, já era identificado uma alta prevalência de desnutrição (65,1%). Outro dado importante do mesmo estudo é que, durante o acompanhamento das equipes multiprofissionais, os números absolutos de desnutrição reduziram para 47,6%, mas esta classificação permaneceu como sendo a mais predominante¹⁷.

Quando a CP foi analisada nos idosos, foi possível verificar que praticamente todos apresentaram reserva muscular reduzida pelo critério de Barbosa-Silva et al.⁸, o que indica uma das fragilidades do envelhecimento, altamente prevalente nos idosos, caracterizada de maneira geral pelo declínio progressivo de massa muscular no organismo⁸.

Em relação à via de alimentação, 59,6% dos usuários se alimentavam via oral, na consistência normal ou pastosa e 40,4% necessitavam de sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia. Em concordância com o estudo observacional, conduzido em Maceió, AL, os autores verificaram que, do total de pacientes avaliados, 30,9% se alimentavam por sonda¹⁶. Em outro estudo sobre atenção domiciliar em Montes Claros, MG, os autores também encontraram 31,3%

dos pacientes se alimentando por outras vias que não a oral. Além disso, os autores destacaram a importância da terapia nutricional, que impacta diretamente na evolução clínica e na morbimortalidade¹³.

Sabe-se que o envelhecimento e as doenças podem causar alterações clínicas relacionadas à deglutição e/ou à integridade gastrointestinal, podendo impactar na forma de se alimentar e nas necessidades nutricionais de cada indivíduo, sendo necessária uma via alternativa para atender às demandas e evitar consequências e desfechos³. A literatura demonstra alta prevalência de desordens neurológicas como sendo a principal causa clínica que leva à utilização de sondas^{17,24}. Desta forma, justifica-se a significância estatística encontrada neste estudo ($p=0,013$), quando associados os tipos de consistências da dieta às doenças neurológicas, sendo possível observar que 53,6% dos idosos que apresentavam doenças neurológicas, também usavam algum dispositivo como via suplementar ou exclusiva.

Quando avaliada a qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref, apenas 26,31% da amostra responderam ao questionário, sendo a maioria desses, pacientes oncológicos em cuidados paliativos (66,67%). Desta forma, foi encontrado que 60% dos usuários necessitavam melhorar e 40% apresentavam qualidade de vida regular.

Correia et al.²⁵, que tinham por objetivo identificar a qualidade de vida de mulheres após o tratamento de câncer, encontraram as melhores médias pelo WHOQOL-Bref nos domínios social e psicológico e piores escores no domínio físico.

Este estudo encontrou limitações que se relacionam ao desenho da pesquisa. Por ser transversal, onde a exposição e o desfecho são coletados em um único momento, não podíamos estabelecer relações causais. Houve também dificuldades de fornecimento de informações por parte da equipe de saúde, dos pacientes e dos cuidadores e o prontuário, por vezes, estava incompleto ou ilegível. Além disso, as condições de saúde dos usuários dificultaram a avaliação de um dos objetivos deste estudo, por limitar a aferição do nível de qualidade de vida. Entretanto, considerando o tamanho da amostra, foi possível observar resultados importantes.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes era idosa, do sexo masculino, com doenças neurológicas e com menor grau de instrução e renda, com qualidade de vida prejudicada, o que pode estar relacionado com as condições de saúde e seu contexto de vida. Referente à capacidade funcional, mais da metade dos usuários era acamada com presença de lesão por pressão, predominante também em estudos similares. Quanto ao estado nutricional, notou-se que a maioria estava com baixo peso e circunferência da panturrilha reduzida. Por último, foram encontradas associações significativas, onde idosos

finham mais doenças cardíacas, traqueostomia era mais presente nos adultos e idosos com doenças neurológicas usavam mais sondas.

Ainda, foi possível perceber a importância da prática multiprofissional e a reflexão sobre a formação dos profissionais para uma atuação fora do ambiente institucional, para atuar diretamente no contexto do indivíduo e a necessidade do cuidado humanizado, integral e compartilhado entre a equipe e os serviços da rede. Neste sentido, a atuação do profissional neste cenário não pode e não deve limitar somente as demandas clínicas, ao tratamento da doença ou a sintomatologia associada, mas ver o usuário em todo o contexto de vida em que está inserido.

Frente ao exposto, os dados sugerem a necessidade de conhecer e caracterizar este público para que se desenvolvam formas de cuidado que atendam às demandas, às complexidades e às necessidades dos usuários. Além disso, com os dados, podemos auxiliar gestores de saúde e profissionais a buscarem e pensarem em ações, estratégias preventivas, educação em saúde e recursos necessários para contribuir com a prática do programa “Melhor em Casa” .

REFERÊNCIAS

1. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate*. 2019;43(121):592–604.
2. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):903-12.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: cuidados em terapia nutricional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 jul 13]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf.
4. Carmo JR, Cruz MEA, Silva DVA, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Quedas em pacientes da atenção domiciliar: prevalência e fatores associados. *REME Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1286.
5. Gonçalves SP, Mattos KM. Perfil nutricional de pacientes restrito ao domicílio na região Oeste de Santa Maria, RS. *Disc Scientia*. 2008;9(1):135-47.
6. Sachett JAG, Montenegro CS. Perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pelo “Programa Melhor em Casa”. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2019;17:e2019.
7. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564–8.
8. Barbosa-Silva TG, Bielemann RM, Gonzalez MC, Menezes AMB. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2015;7(2):136-43.
9. Gonçalves TJM, Horie LM, Gonçalves SEAB, Bacchi MK, Bailer MC, Barbosa-Silva TG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. *BRASPEN J*. 2019;34(Supl 3):2–58.
10. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
11. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana la Oficina Regional del Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo y conductas saludables. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
12. Araújo RCG, Pinheiro RHO, Pelazza BB, Borges SDS, Silva GA, Paula CR, et al. Perfil dos pacientes atendidos no programa melhor em casa em um município da região sudoeste de Goiás. *Rev Itinerarius Reflectionis*. 2019;15(3):01-1.
13. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco*. 2019;10(3):112–8.
14. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC, Bellido JG. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(7):2745–60.
15. Duca GFD, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1159–65.
16. Carnaúba CMD, Alves JBN, Silva TDS, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):353–63.
17. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma corte retrospectiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2019;27:e3198.
18. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00048515.
19. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(6):635–9.
20. Reis HFC, Almeida MLO, Silva MF, Borges JB, Monteiro MDC, Rocha MS. Perfil clínico e funcional de pacientes com traumatismo crânio encefálico submetidos à traqueostomia. *EFDeportes.com*. 2012;171.
21. Correia W, Teston APM. Aspectos relacionados à polifarmácia em idosos: um estudo de revisão. *Braz J Develop*. 2020;6(11):93454–69.
22. Romano-Lieber NS, Corona LP, Marques LFG, Secoli SR. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 2):e180006.supl.2.
23. Rodrigues CAO, Silva PLN, Miranda FB, Galvão APFC, Martins AG, Araújo DD. Risco de lesão por pressão em pacientes domiciliares: prevalência e fatores associados. *Rev Feridas*. 2020;08(43):1561-9.
24. Ueno E, Koffke M, Voigt VR. Perfil de pacientes hospitalizados em uso de terapia enteral. *BRASPEN J*. 2018;33(2): 194–8.
25. Correia RA, Bonfim CV, Ferreira DKS, Furtado BMASM, Costa HVV, Feitosa KMA, et al. Qualidade de vida após o tratamento do câncer do colo do útero. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20180130.

Local de realização do estudo: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa no município de São Leopoldo, RS, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.