

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

ALEXYA DE PAULA FERREIRA  
ELIZA FERNANDES BORGES  
LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR  
ANTONIO JOSÉ LANA DE CARVALHO  
HYSTER MARTINS FERREIRA  
WALLISEN TADASHI HATTORI

**Perfil dos pacientes dependentes de  
ventilação mecânica invasiva assistidos por um  
Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia.**

UBERLÂNDIA – MG

2018

ALEXYA DE PAULA FERREIRA  
ELIZA FERNANDES BORGES  
LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR  
ANTONIO JOSÉ LANA DE CARVALHO  
HYSTER MARTINS FERREIRA  
WALLISEN TADASHI HATTORI

**Perfil dos pacientes dependentes de  
ventilação mecânica invasiva assistidos por um  
Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia.**

Projeto de pesquisa da disciplina:  
Trabalho de Conclusão de Curso III,  
da Faculdade de Educação Física e  
Fisioterapia na Universidade Federal  
de Uberlândia, ministrada no curso  
de graduação em Fisioterapia, sendo  
orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Vivian  
Mara Gonçalves de Oliveira  
Azevedo.

UBERLÂNDIA– MG

2018

## RESUMO

*Introdução:* Devido ao envelhecimento populacional e ao aumento da incidência de doenças crônicas, tem-se elevado o número de internações hospitalares, superlotação e carência de leitos disponíveis. Neste contexto, aumentou a demanda pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Contudo, este tipo de serviço oferecido, especialmente aos pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva (VMI) ainda é pouco estudado, sendo necessário ainda incluir práticas de monitoramento da qualidade deste, a fim de sugerir melhorias no atendimento aos usuários. *Objetivo:* Descrever o perfil dos pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar da cidade de Uberlândia/MG. *Métodos:* Estudo retrospectivo observacional analítico. Foram realizadas análises dos prontuários dos pacientes que estiveram internados no Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) e foram encaminhados ao SAD, entre 1º de Janeiro de 2008 e 31 de Dezembro de 2016, com idade a partir de 18 anos, classificados em AD3 e em uso de VMI. *Resultados:* 22 prontuários de pacientes foram analisados, dos quais a maior parte era do sexo feminino, estava na faixa etária entre 60 e 79 anos, com diagnóstico de acidente vascular encefálico e tiveram como desfecho principal o óbito. *Conclusões:* Os pacientes assistidos pelo SAD, em sua maioria, eram do sexo feminino, idade entre 60 e 79 anos e apresentavam, em sua maioria, doenças neurológicas. O principal desfecho foi o óbito. O SAD favoreceu a rotatividade dos leitos hospitalares por prestar assistência aos pacientes crônicos e de alta complexidade que, geralmente, cursam com longos períodos de internação.

DESCRITORES: Assistência Domiciliar, Desinstitucionalização, Respiração Artificial.

## ABSTRACT

*Introduction:* Due to the aging population and the increase in the incidence of chronic diseases, the number of hospital admissions, overcrowding and lack of available beds has increased. In this context, the demand for the Home Care Service (SAD) increased. However, this type of service, especially for patients dependent on invasive mechanical ventilation (IMV), is still poorly studied, and it is also necessary to include quality monitoring practices in order to suggest improvements in patient care. *Objective:* To describe the profile of patients with invasive mechanical ventilation assisted by a Home Care Service in the city of Uberlândia / MG. *Methods:* Retrospective observational analytical study. Analyzes of the medical records of the patients who were hospitalized at the Uberlândia Hospital of the Federal University of Uberlândia (HCU-UFU) and were referred to the SAD between January 1, 2008 and December 31, 2016, aged 18 and over, classified as AD3 and using VMI. *Results:* 22 patient files were analyzed, most of which were female, were in the age group between 60 and 79 years old, diagnosed with a stroke and had as main outcome, death. *Conclusions:* The majority of the patients assisted by SAD were female, aged between 60 and 79 years, and had, for the most part, neurological diseases. The main outcome was death. The SAD favored hospital bed rotation for providing care to the highly complex and chronic patients, who usually have long periods of hospitalization.

DESCRIPTORS: Home Care, Deinstitutionalization, Artificial Breathing

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus por se fazer presente em todos em momentos e por permitir a concretização de mais uma etapa desse curso que eu tanto amo.

Também, meus sinceros agradecimentos aos meus pais Denise e Cleomar e aos meus irmãos, Alicya e Alysson, pelo amor, apoio e compreensão.

Ao meu amor Pedro, pela ajuda em todos os momentos, incentivo, paciência, força e ombro amigo.

Nada seria possível sem a excelente orientação da professora Dra. Vivian Azevedo, por todas as oportunidades oferecidas e por sempre acreditar no meu potencial, sem você não chegaria até aqui.

Também agradeço à mestrandia Eliza Borges pela ajuda e carinho, como a todos da equipe do SAD/HC-UFU.

Aos amigos, pela troca de conhecimentos e ansiedades.

Por fim, obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão dessa etapa, principalmente aos professores do curso de Fisioterapia-UFU.

## **Sumário**

INTRODUÇÃO .....	7
MATERIAIS E MÉTODOS .....	9
RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	10
CONCLUSÃO .....	14
REFERÊNCIAS .....	15

## INTRODUÇÃO

O cenário brasileiro referente à transição demográfica, epidemiológica e nutricional, tem gerado demandas na área da saúde, devido ao envelhecimento populacional, juntamente ao aumento de doenças crônicas e causas externas. Como consequência, tem-se elevado o número de internações hospitalares, superlotação e carência de leitos disponíveis, além do aumento do risco infeccioso, o que causa uma sobrecarga do sistema de saúde (ANDRADE et al., 2013).

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde teve sua expansão mundial a partir da segunda metade do século XX, com o objetivo de diminuir gastos hospitalares (leitos e assistências). Além disso, o cuidado domiciliar surgiu na tentativa de resolver a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender à demanda da população, especialmente diante do envelhecimento e aumento de notificações de doenças crônicas, o que permitiu estabelecer uma lógica de cuidado, sustentado na humanização (SILVA et al, 2012).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um “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)”, de acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2013). As demandas de cuidados dos pacientes atendidos no domicílio dependem do diagnóstico médico, do grau de dependência, da utilização de tecnologias necessárias para a manutenção da vida em casos de tratamentos de curta ou longa duração ou então, em caráter paliativo (BRONDANI et al., 2014).

As vantagens da assistência domiciliar vinculada a hospitais estão relacionadas, principalmente, com a redução dos riscos de infecções, diminuição de custo, aumento da rotatividade dos leitos hospitalares, humanização da assistência, redução da demanda por atendimento hospitalar, desospitalização de internações desnecessárias, maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, vínculo entre equipe de saúde-paciente-família, implementação de ações efetivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde e cuidados paliativos (PORTARIA Nº 835, 2016).

O Serviço de Atendimento Domiciliar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (SAD/HCU-UFU) foi criado em 1996 e está inserido no “Programa Melhor em Casa” do Governo Federal desde 2013. O serviço é composto

por uma equipe multiprofissional com psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionista e funcionários administrativos. O SAD/HCU-UFU funciona todos os dias, inclusive finais de semana e feriados, das 7h às 19h (Comunica UFU). Atende, em média, 120 pacientes a domicílio, entre eles, aqueles com necessidade de ventilação mecânica e uso do oxigenoterapia (Diário de Uberlândia).

Caracterizar os pacientes atendidos por este SAD de Uberlândia pode auxiliar no entendimento dos critérios de escolha para desospitalização e fortalecer a política da AD no município para que o serviço possa garantir novos recursos para ampliação e qualificação da assistência, visto que há poucos estudos sobre esse público, especialmente, em VMI.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar do HCU-UFU, Uberlândia, Minas Gerais.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de caráter observacional retrospectivo analítico, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, segundo parecer 063029/2016. Por se tratar de análise de prontuário e estudo retrospectivo, não houve necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários dos pacientes que estiveram internados no (HCU-UFU) e foram admitidos no SAD entre 1º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2016. Foram incluídos todos os pacientes classificados em Atenção Domiciliar 3 (AD3), em uso de ventilação mecânica invasiva e acima de 18 anos, e excluídos aqueles cujos prontuários não foram encontrados ou que apresentavam dados incompletos ou insuficientes para análise. As variáveis analisadas foram sexo, idade, diagnóstico e desfecho principal.

Os pacientes atendidos pela atenção domiciliar podem ser classificados em três modalidades: Atenção Domiciliar 1, 2 e 3 (AD1, AD2 e AD3), de acordo com a complexidade e estado de saúde do paciente em questão. A modalidade AD1 inclui usuários com menor grau de complexidade, problemas de saúde controlados e assistidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A modalidade AD2 dirige-se àqueles que necessitam de cuidado mais intensificado e maior complexidade, que possa abreviar ou evitar hospitalização. Já a modalidade AD3 destina-se àqueles com necessidade de suporte ventilatório, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea. (PORTARIA Nº 835, 2016).

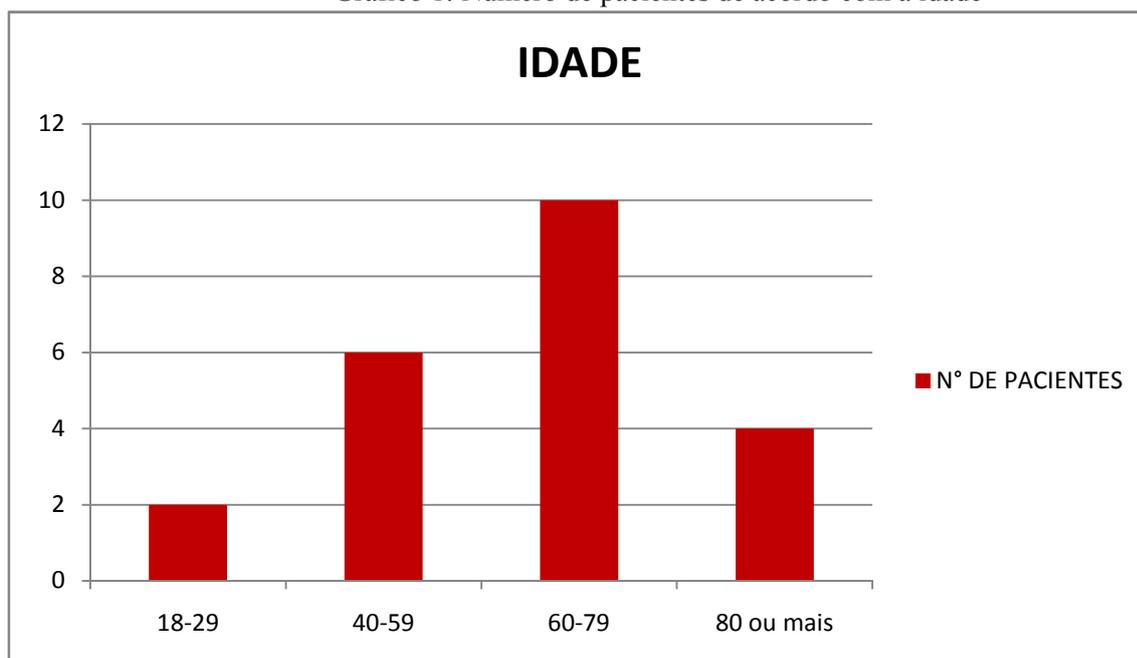
## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisarmos os dados, observamos um número maior de pacientes do sexo feminino (13/22) do que masculino. Isso foi observado em outros estudos que também mostraram o predomínio do sexo feminino (BAJOTTO et al., 2012; MARTELLI, et al., 2011). Este resultado pode ser explicado pela maior perda de massa muscular nas mulheres em relação aos homens, o que gera maior tempo de restrição ao leito e, conseqüentemente, complicações do quadro clínico (BENASSI et al., 2012).

Outra justificativa seria em relação aos dados demográficos que apontam maior expectativa de vida entre as mulheres, assim como maior taxa populacional (IBGE, 2010). Ademais, podemos associar esse predomínio pelo maior vínculo familiar e afetivo com as mulheres, o que faz com que as famílias as acolham mais (FLORIANI, 2004).

Em relação à idade, o estudo aponta um predomínio da faixa etária entre 60 e 79 anos (10/22) (Gráfico 1). Estudos prévios também já demonstraram que a maioria dos atendimentos domiciliares é realizada para pacientes nesta faixa etária (AGUIAR, 2015; ALENCAR, 2014; BENASSI et al., 2012; MARTELLI, et al., 2011). No ano 2000, a população uberlandense acima dos 60 anos de idade correspondia a 7,6% da população total, elevando para 10,3% em 2010, o que demonstra aumento da expectativa de vida populacional (IBGE).

Gráfico 1: Número de pacientes de acordo com a idade

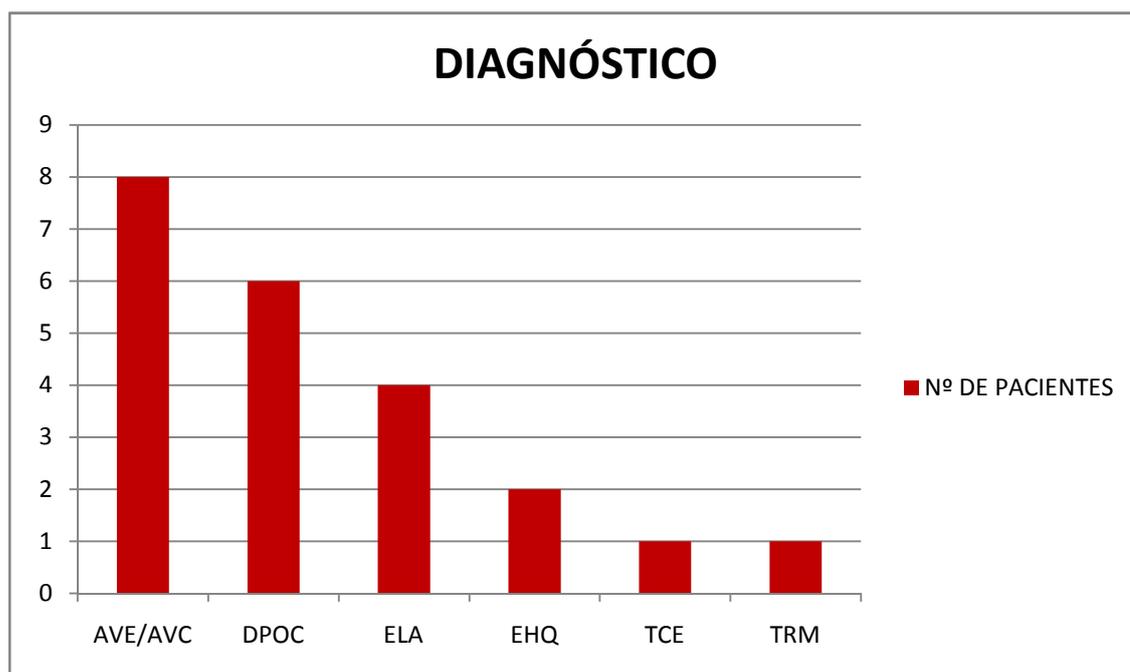


Esses valores também podem ser justificados pela maior incidência de doenças crônicas, diminuição da autonomia e capacidade funcional e assim, conseqüentemente, maior necessidade de cuidados domiciliares (CARNAUBA et al., 2017; SHIMOCOMAQUI, 2014). As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento podem ser minimizadas com ações de promoção à saúde do adulto e idoso. No entanto, os programas de atenção domiciliar apresentam-se como uma das alternativas de cuidado, incentivados pelo governo brasileiro (CARNAUBA et al., 2017).

De acordo com o diagnóstico, os dados encontrados revelaram que grande parte dos pacientes apresentavam como comorbidade principal o acidente vascular encefálico (AVE) (8/22), seguido de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), esclerose lateral amiotrófica (ELA), encefalopatia hipóxica isquêmica (EHI), traumatismo crânio-encefálico (TCE) e traumatismo raqui-medular (TRM), como mostra o Gráfico 2.

Há relatos de maior prevalência das doenças neurológicas, especificamente AVE, dentre os pacientes atendidos em domicílio (CARNAUBA et al., 2017; BENASSI et al., 2012; SHIMOCOMAQUI, 2014; ALENCAR, 2014). No Brasil, no período de 2008 a 2011, ocorreram 424.859 internações de idosos por AVE, com taxa de mortalidade de 18,32%. Esta é a segunda principal causa de morte e de incapacidades físicas, mentais e sociais, com restrição da funcionalidade, principalmente nas atividades de vida diárias (FARIA et al., 2017).

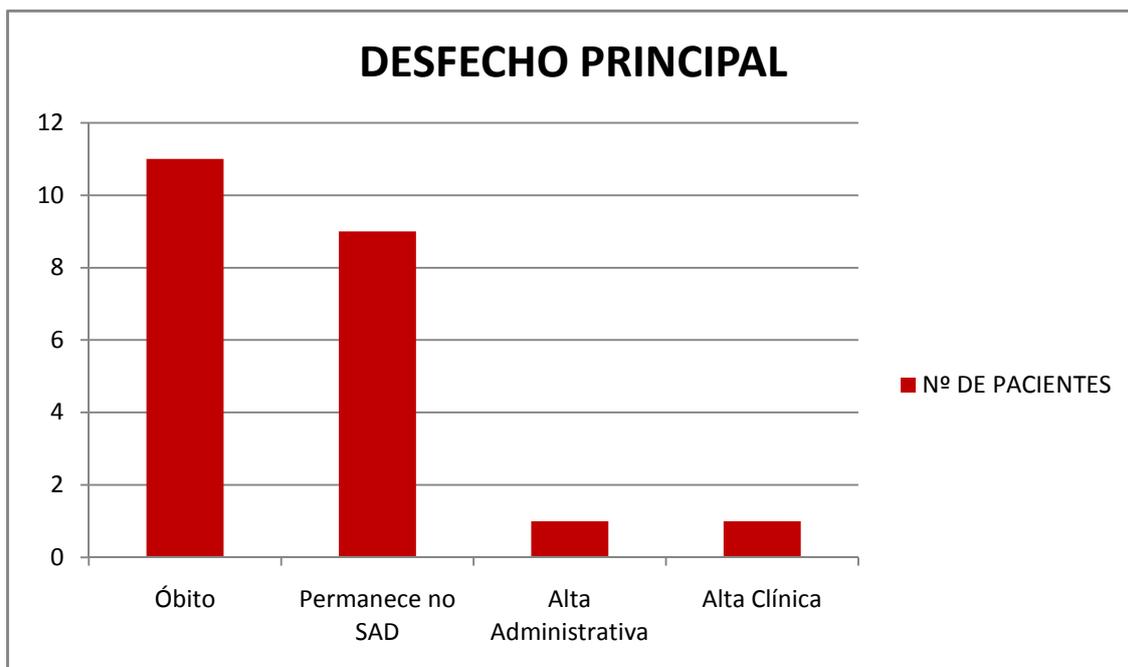
Gráfico 2: Número de pacientes de acordo com o diagnóstico



Por último, mas não menos importante, os dados avaliados sobre o desfecho dos pacientes mostraram que 50% foram a óbito, seguidos de permanência do SAD, alta clínica e alta administrativa, conforme Gráfico 3. Isso pode ser compreendido devido ao perfil clínico desses pacientes, com prevalência de suas condições crônicas associadas a várias comorbidades e sequelas, que ocasionam maior dependência e disfuncionalidade (CARNAUBA et. al., 2017).

Além disso, pode-se associar esse alto índice de óbito ao uso da VMI, fator que gera comorbidade, como as complicações causadas pela traqueostomia (THOMPSON, 2015). O uso permanente de VMI aumenta o risco de morte (LISBOA et al., 2012), como também a deixa o paciente mais vulnerável a complicações como pneumonia associada à ventilação mecânica e risco de septicemia (ARANHA, 2007).

Gráfico 3: Número de pacientes de acordo com o desfecho principal



A somatória dos dias de internação domiciliar de todos os pacientes avaliados foi de 11443 dias, o que permitiria 978 novas internações, se considerarmos que o tempo médio de permanência na UTI Adulto do HCU/UFU nesse mesmo período foi de 11,69 ( $\pm 1,47$ ) dias (Setor de Estatística HCU/UFU).

Para mensurarmos esse impacto, considerando que a UTI Adulto do HCU/UFU dispõe atualmente de 30 leitos, com uma média de internação mensal de 76,98

pacientes, seriam necessários 12,7 meses para garantir essa capacidade de internação, promovidos pela desospitalização destes pacientes.

$$\frac{\Sigma(\text{dias de internação domiciliar})}{\text{Tempo de internação na UTI}} = 978$$

Tempo de internação na UTI

$$\frac{\text{Novas internações}}{\text{N internações mensais (UTI)}} = 12,7$$

N internações mensais (UTI)

Isso nos leva a concluir que o encaminhamento ao atendimento domiciliar pode gerar 978 leitos para admissão de novos pacientes, o que nos mostra o quanto o SAD contribui para a rotatividade e otimização de leitos hospitalares e, conseqüentemente, redução de custos.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos dados encontrados, conclui-se que os pacientes assistidos pelo SAD/HCU-UFU, em sua maioria, eram do sexo feminino, tinham idade entre 60 e 79 anos e apresentavam, em sua maioria, doenças neurológicas. O principal desfecho dos pacientes avaliados foi o óbito. O SAD favoreceu a rotatividade dos leitos hospitalares por prestar assistência aos pacientes crônicos e de alta complexidade que, geralmente, cursam com longos períodos de internação, além de prestar um cuidado humanizado e no conforto do lar.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Nathalie Meira Castro. Análise clínico-epidemiológica dos pacientes internados em “hocare”, em Salvador (Bahia, Brasil). 2015.

ALENCAR, Valdenisia Apolinario. Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS. 2014.

ANDRADE, Angélica Mônica et al. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, 2013.

ARANHA, Sylvia Carolina et al. Estudo comparativo entre traqueostomia precoce e tardia em pacientes sob ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, Dec. 2007.

BAJOTTO, Alethéia Peters et al. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. **Revista HCPA**, Porto Alegre, vol. 32, n. 3, p. 311-317, 2012.

BENASSI, Victor et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J. Health Sci. Inst**, v. 30, n. 4, p. 395-398, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 abr. 2016. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em 25 de abril de 2018.

BRONDANI, Cecília Maria et al. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 689-699, 2014.

CARNAUBA, Carla Montenegro Dâmaso et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 352-362, May 2017.

Comunica UFU. Serviço de Atenção Domiciliar do HCU-UFU recebe prêmio nacional. Disponível em <http://www.comunica.ufu.br/noticia/2015/11/servico-de-atencao-domiciliar-do-hcu-ufu-recebe-premio-nacional>. Acesso em 23 de abril de 2018.

Diário de Uberlândia. Atenção Domiciliar do HC promove festa a pacientes, 2017. Disponível em <https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/14574/atencao-domiciliar-do-hc-promove-festa-a-pacientes>. Acesso em 23 de abril de 2018.

FARIA, Ana da Conceição Alves et al. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 495-503, June 2017.

FLORIANI, Ciro Augusto. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html> Acesso em 18 de maio de 2018.

LISBOA, Débora D.'Agostini Jorge et al. Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. **Journal of Biotechnology and Biodiversity**, v. 3, n. 1, 2012.

MARTELLI, Daniella Reis Barbosa et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011

SHIMOCOMAQUI, Guilherme Barbosa. Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto, SP. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2014.

SILVA, Kênia Lara et al. . Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012 .

THOMPSON, Alessandra. Ventilação mecânica domiciliar: uma realidade cada vez mais frequente. **Pulmão RJ**, v. 24, n. 3, p. 49-53, 2015.