

Cenário assistencial estabelecido para atenção ao idoso dependente após a alta hospitalar

Care scenario established for dependent elderly people, who were discharged from the hospital

Rosângela Aparecida Elerati Silva¹, Edna Aparecia Barbosa de Castro², Maria do Socorro Lina Van Keulen³, Camila do Nascimento Silva⁴, Talita Matos Pereira Santos⁵, Elenir Pereira Paiva⁶

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: maio de 2019 – Aceito: janeiro de 2022

RESUMO

Objetivos: descrever o cenário assistencial estabelecido para idosos dependentes de cuidados após a alta hospitalar que residem em áreas circunscritas a Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e Serviço de Atenção Domiciliar de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 01 de abril de 2017 à 31 de março de 2018; identificar o número de idosos dependentes de Atenção Domiciliar após a alta hospitalar em área com cobertura de enfermagem e equipe multiprofissional de atenção domiciliar. **Método:** Estudo quantitativo, seccional, descritivo e exploratório, em relação aos idosos cadastrados por equipes do município, que utilizou dados secundários extraídos do Sistema de Informação Hospitalar, Sistema e-SUS, Prontuários e Planilhas do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa. Participaram do estudo, usuários do Sistema Único de Saúde, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em ruas adscritas a uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, que haviam recebido alta hospitalar no período estudado; estavam acamados, com incapacidade funcional e demandando cuidados de enfermagem nas três modalidades de Atenção Domiciliar. Os dados coletados foram organizados e analisados descritivamente, sendo apresentados na forma de tabelas, gráficos e quadros, e discutidos à luz do ideário do SUS e pesquisas publicadas sobre o tema. **Resultados:** mostraram que em relação a área administrativa, a região norte da cidade apresentou o maior número de idosos que internaram e tiveram alta hospitalar no período estudado. Dentre os 289 idosos cadastrados no serviço de atenção domiciliar, o maior número tinha mais de 70 anos. Destes, 36 foram admitidos por demanda espontânea, 89 encaminhados após a alta hospitalar e, a maior parte foi referenciada por Unidades Básicas de Saúde (56,7%) e 43,6% permaneceram ativos no serviço. **Conclusão:** existem áreas descobertas de equipes da Estratégia de Saúde da Família para atenção aos idosos após altas hospitalares. O maior número de altas hospitalares de idosos é para a comunidade e a atenção primária é o serviço que mais encaminha idosos para a Atenção Domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso. Saúde da Família. Enfermagem. Assistência domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To describe the care scenario established for elderly dependent on care after hospital discharge who reside in areas circumscribed to Basic Health Units with Family Health Strategy and Home Care Service in Juiz de Fora, Minas Gerais, in the period from April 1, 2017, to March 31, 2018; to identify the number of elderly dependent on Home Care after hospital discharge in an area with nursing and multidisciplinary home care team coverage. **Method:** Quantitative, sectional, descriptive, and exploratory study that used secondary data extracted from the Hospital Information System, e-SUS System, Medical Records and Spreadsheets of the Home Care Service/Better at Home Program in relation to the elderly registered by teams in the municipality. Participants in the study were users of the Brazilian Unified Health System, aged 60 years or older, living in streets attached to a Basic Health Unit with Family Health Strategy, who had been discharged from hospital during the period studied, were bedridden, with functional disability and requiring nursing care in the three modalities of Home Care. The collected data were organized and analyzed descriptively, being presented in the form of tables, graphs and charts, being discussed in the light of the ideology of UHS and published research on the subject. **Results:** showed that in relation to the administrative area, the northern region of the city had the highest number of elderly who were admitted and discharged from the hospital during the period studied. Among the 289 elderly people enrolled in the home care service, the largest number who required the service was over 70 years old. Of these, 36 were admitted by spontaneous demand, 89 were referred after hospital discharge and most were referred by Unidades Básicas de Saúde (56.7%) and 43.6% remained active in the service. **Conclusion:** in some areas, there are no Family Health Strategy teams available to elderly's care following hospital discharge. The elderly's hospital discharges largest number is addressed to the community, and the primary health care service is the one that refers the elderly to Home Care more frequently.

KEYWORDS: Health of the Elderly. Family Health. Nursing. Home Nursing. Primary Health Care.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: rosangelaelerati@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9555-1996>.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9286-7175>.

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0751-7366>.

⁵ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4436-6613>.

⁶ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6893-1221>.

INTRODUÇÃO

A longevidade da população tem aumentado em todo o mundo e em ritmo acelerado.¹ Atualmente a população estimada de idosos representa 10,15% (2020) da população total do país e em 2060 pode representar 25,49%, de acordo com a projeção populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em Juiz de Fora/MG houve um aumento populacional estimado de 5,7% da faixa etária acima de 65 anos entre 2010 e 2018 (Censo 2010: 70.288 idosos, 12,47% da população total).²

Este percentual de idosos expõe a relevância de se investigar o cenário assistencial estabelecido para atenção à saúde dessa parcela populacional. Sabe-se que o progressivo aumento das internações hospitalares de idosos sinaliza um perfil de adoecimento, despertando a necessidade da organização de serviços com ênfase na promoção da saúde no envelhecimento, mas requerendo também serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados e capazes de acolher e resolver as recorrentes necessidades de cuidados.³⁻⁴

Nos meses de janeiro a junho de 2017 em Juiz de Fora, o número de internações de idosos por sexo foi de 3.532 (50,2%) homens e 3.499 (49,8%) mulheres, ou seja, 7.031 ou 10% da população idosa.⁵ No mesmo período de 2018 as internações de idosos do sexo masculino foram de 3690 (51,7%) e 3.447 (48,3%) do sexo feminino. Uma soma total de 7.137 (9,6%) internações de idosos.⁶

Considerando essa tendência, justificam-se os estudos sobre a distribuição dos idosos conforme a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), realizando o mapeamento assistencial especialmente dos dependentes de cuidados domiciliares após uma alta hospitalar e que residem em área de abrangência de unidades com Estratégia de Saúde da Família, haja vista os propósitos da Atenção Básica e a interface com os Serviços de Atenção Domiciliar definida pela Política Nacional de Atenção Domiciliar. Justifica-se, também, pela necessidade de orientar as práticas dos profissionais de saúde distribuídos nos diferentes níveis assistenciais, ressalta-se neste estudo a enfermagem pela inserção em maior número dos serviços, por vezes em maior tempo e pela ampla formação biopsicossocial e potencial de interferência nos desfechos assistenciais.

Estudos na área do envelhecimento têm concluído que as causas das internações decorrem de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer entre outras relacionadas a degeneração do organismo, especialmente nos idosos mais frágeis com novas necessidades. Esse processo constitui um desafio para os serviços de saúde, à medida que a ocorrência de mais comorbidades desencadeia uma elevação nos custos hospitalares para o tratamento e a necessidade de organização dos serviços de saúde, com vistas a atender as necessidades dos idosos.⁷⁻⁸

A mudança do perfil demográfico e a mudança do perfil epidemiológico para a morbimortalidade por doenças crônicas e suas conseqüentes complicações, torna necessária uma maior preocupação em relação ao desenvolvimento de políticas públicas que atendam necessidades e cuidados específicos decorrentes do processo de envelhecimento.⁹⁻¹⁰ Nesse contexto, verifica-se a urgência de ações do sistema de saúde voltadas para o apoio e acompanhamento dos idosos e seus cuidadores.¹¹⁻¹²

Visando promover a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com as responsabilidades estabelecidas pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve oferecer aos idosos, familiares e seus cuidadores ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos. Esse cuidado deve ser pautado numa atenção humanizada com orientações, acompanhamento e apoio, também, no domicílio.¹³

Segundo as normativas orientadoras dos serviços na RAS em específico a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) definida pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, a Atenção Domiciliar (AD) requer equipe interprofissional e a enfermagem é uma das áreas assistenciais, seja na modalidade de Atenção do Tipo 1 (AD1) ofertada pela ESF, seja pela modalidade do tipo 2 ou 3 (AD2 e AD3) ofertada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).¹⁴

Na AD o cuidado é ofertado no domicílio, local de domínio do paciente, por profissionais de diferentes áreas no campo da saúde, configurando-se como um espaço de atenção à saúde não tradicional, o que perpassa distintas formas de atuação e de tecnologia, sendo este espaço singular, em especial, no que se refere à centralidade do usuário e das famílias. Em específico, para a área da enfermagem, por conta da crescente demanda de usuários na modalidade de AD é fundamental que o enfermeiro implemente os cuidados específicos e sistematizados, segundo as necessidades do idoso após a alta hospitalar.¹⁵

Salienta-se a importância do serviço de atenção domiciliar (SAD) para gestores, coordenadores e profissionais de saúde, haja vista a complexidade dos processos envolvidos no cuidado domiciliar considerando o apoio dos serviços da rede de atenção à saúde do idoso dependente e seus familiares.

Desta forma, o objeto pesquisado foi o cenário assistencial estabelecido para a atenção ao idoso dependente após a alta hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase para o cuidado domiciliar dos idosos após desospitalização, norteando-se pela questão: como se organiza o cenário assistencial em um município de médio porte para atender idosos dependentes de cuidados domiciliares após a alta hospitalar que sejam residentes em áreas circunscritas a UBS com ESF e SAD?

Os objetivos foram: a) descrever o cenário assistencial estabelecido para idosos dependentes de cuidados após a alta hospitalar que residem em áreas circunscritas a UBS com ESF e SAD de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 01 de abril de 2017 à 31 de março de 2018; b) identificar o número de idosos dependentes de AD após a alta hospitalar que sejam residentes em área com cobertura de enfermagem da ESF e das EMAD.

MÉTODODO

Estudo quantitativo seccional, descritivo e exploratório que utilizou dados secundários de idosos cadastrados por EMAD do município, da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, extraídos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do e-SUS e Prontuários e Planilhas do SAD/Programa Melhor em Casa (PMC). A população do estudo compreende idosos desospitalizados residentes em áreas circunscritas a UBS com ESF e SAD de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 01 de abril de 2017 a 31 de março de 2018.

A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento de dados secundários em sistemas de informação e bancos de dados oficiais do DATASUS. Foram identificados e caracterizados os idosos que receberam alta hospitalar do SUS do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de abril de 2017 a março de 2018 e que residiam na área de abrangência de UBSs que possuíam ESF da área urbana.

Foram incluídos na amostra idosos segundo os seguintes critérios: usuários do SUS, idade igual ou superior a 60 anos, residentes em ruas adscritas a uma UBS com ESF do município sede da pesquisa e que haviam recebido alta hospitalar no período compreendido entre os meses de abril de 2017 a março de 2018. Estes, no momento da pesquisa, encontravam-se acamados, com incapacidade funcional e demandando cuidados de enfermagem nas três modalidades de AD após a alta hospitalar.

Fez-se inicialmente o levantamento dos idosos que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa no SIH do SUS. Esses idosos foram identificados a partir da localidade de residência no município nas sete regiões urbanas administrativas constantes no Plano Municipal de Saúde 2017-2021 e relacionados conforme a UBS de referência do domicílio, de acordo com a Portaria nº 2400 da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), que reorganiza as áreas de abrangência das UBSs no município. Também foram coletados pelo Sistema de Informação do Serviço de Atenção Domiciliar (SISAD), dados referentes aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos que tiveram alta hospitalar no período de abril de 2017 a março de 2018 e que foram cadastrados nos atendimentos das EMADs. Em seguida, por meio do SISAD, coordenado pelo Departamento de Internação Domiciliar da Prefeitura de Juiz de Fora (DID/PJF) buscou-se identificar, por EMAD, quantos destes idosos foram incluídos no SAD. Levantou-se, também, pelo Sistema e-

SUS o número de idosos cadastrados residentes em área adscrita a cada UBS com ESF.

Foi feita uma análise descritiva do cenário pesquisado, com abordagem quantitativa, sem utilizar recursos estatísticos. Os dados coletados foram organizados e analisados pelo Programa SPSS, versão 15,0 e apresentados na forma de tabelas, gráficos e quadros, sendo discutidos à luz do ideário do SUS e pesquisas publicadas sobre o tema.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, obtendo aprovação conforme o Parecer nº 2.633.077. Os dados coletados foram autorizados pelos chefes dos respectivos serviços e com autorização por TCLE dos usuários.

RESULTADOS

Cenário assistencial estabelecido para atenção ao idoso após a alta hospitalar

Em Juiz de Fora, cuja população estimada é de 564.319 habitantes, registra-se uma parcela aproximada de 74.049 idosos (13,12%),² com maior concentração de usuários do SUS na região administrativa norte do município. Em relação aos idosos residentes em áreas circunscritas a UBS com ESF e SAD de Juiz de Fora, nota-se também que a maioria está cadastrada na região norte da cidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do nº de idosos por regiões conforme população com cobertura pela Atenção Primária, de 01/04/17 a 31/03/18, Juiz de Fora, Minas Gerais

Região	População coberta por APS		Idosos cadastrados UBS/ESF		Idosos com alta hospitalar	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Rural	13.760	2,9	663	2,1	91	1,7
Oeste	38.921	8,1	457	1,4	393	7,2
Sudeste	53.227	11,1	4.360	13,7	710	12,9
Nordeste	53.598	11,2	2.753	8,7	656	12,0
Centro	54.916	11,5	1.773	5,6	427	7,8
Sul	66.133	13,8	4.165	13,1	742	13,5
Leste	81.432	17,0	8.246	26,0	1.019	18,6
Norte	117.238	24,5	9.334	29,4	1.448	26,4
Total	479.225	100,0	31.751	100,0	5.486	100,0

Legenda: APS-Atenção Primária à Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF- Estratégia de Saúde da Família

Fonte: elaborada pelas autoras

Os idosos atendidos pelas EMAD somam 289 pacientes. A maioria deles tinha entre 70 e 89 anos (68,5%), sugerindo que é necessário, além de atenção à causa que os tornaram elegíveis ao serviço, a reelaboração dos cuidados específicos a serem ofertados, considerando-se a condição do processo de envelhecimento. A maioria foi referenciada pela UBS (56,7%) e quanto ao desfecho, 43,6% permaneceram ativos no SAD no período estudado (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição da amostra de pacientes idosos atendidos no Serviço de Atenção Domiciliar, no período de abril/2017 a março/2018 – Juiz de Fora (MG) por faixa etária

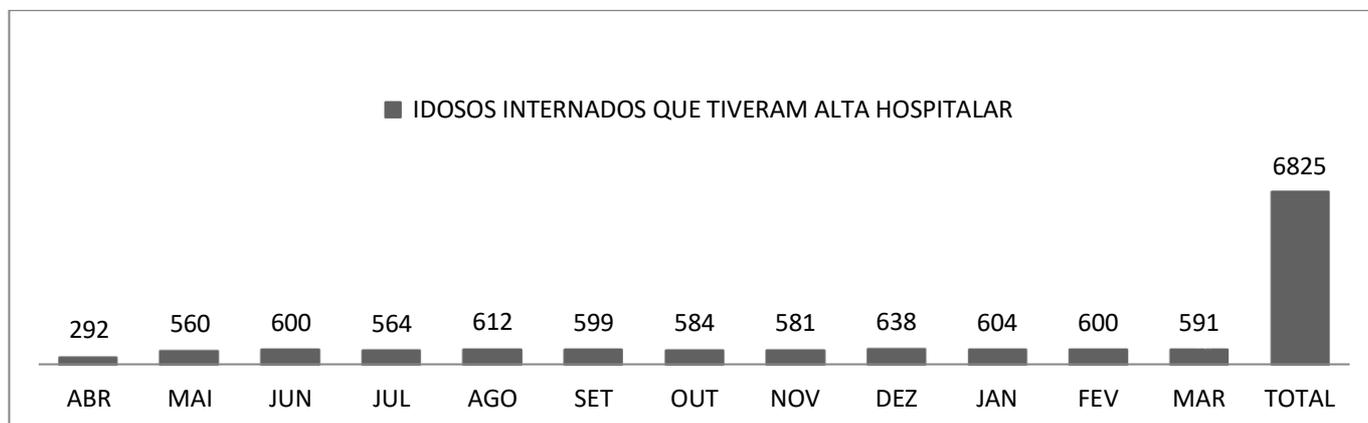
Faixa etária	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 a 89 anos	90 anos ou mais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo					
Masculino	28 (47,5)	42 (42,4)	37 (37,4)	11 (34,4)	118 (40,8)
Feminino	31 (52,5)	57 (57,6)	62 (62,6)	21 (65,6)	171 (59,2)
<i>Total</i>	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)
Procedência					
UBS	31 (52,5)	57 (57,6)	59 (59,6)	17 (53,1)	164 (56,7)
UPA	5 (8,5)	4 (4,0)	5 (5,1)	2 (6,3)	16 (5,5)
Hospital	17 (28,8)	24 (24,2)	16 (16,2)	7 (21,9)	64 (22,1)
Outros*	6 (10,2)	14 (14,1)	19 (19,2)	6 (18,8)	45 (15,6)
<i>Total</i>	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)
Desfecho					
Alta Melhorado	4 (6,8)	6 (6,1)	10 (10,1)	4 (12,5)	24 (6,8)
Óbito	17 (28,8)	32 (32,3)	40 (40,4)	18 (56,3)	107 (37,0)
Desligamento	2 (3,4)	0	1 (1,0)	0	3 (1,0)
Outros motivos	2 (3,4)	9 (9,1)	2 (7,0)	0	13 (4,5)
Não especificado	5 (8,5)	2 (2,0)	7 (7,1)	2 (6,3)	16 (5,5)
Ativo	29 (49,2)	50 (50,5)	39 (39,4)	8 (25,0)	126 (43,6)
Total	59 (100)	99 (100)	99 (100)	32 (100)	289 (100)

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; *Outros: Centro de oxigenioterapia, Instituto do coração, Clínica de Odontologia, Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Área descoberta, casos não informados

Fonte: elaborada pelas autoras

O Gráfico 1 mostra que é expressivo o número de idosos que mensalmente receberam alta hospitalar incluindo as reinternações.

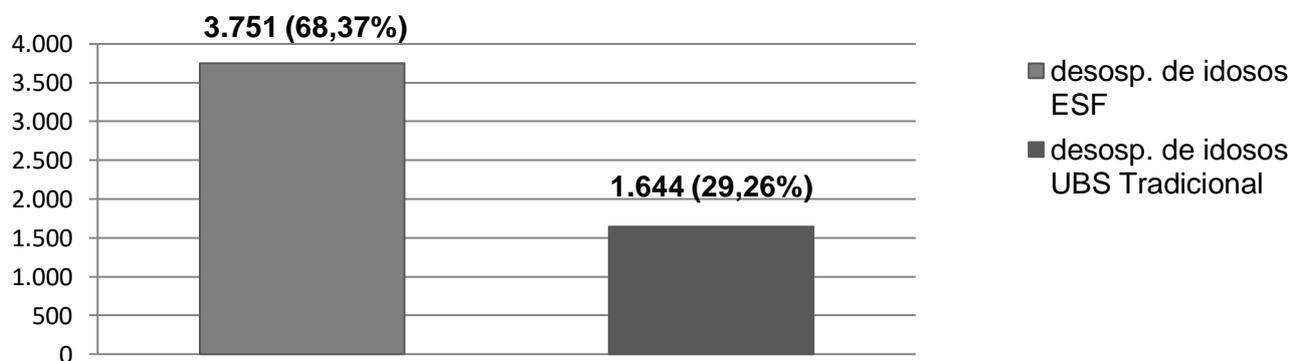
Gráfico 1 – Distribuição mensal de idosos internados que tiveram alta hospitalar, incluindo áreas não cobertas pela APS, período abril/2017 a março/2018 – Juiz de For, Minas Gerais



Fonte: Sistema de informação hospitalar descentralizado – SIHD2

Do total das 6.825 altas hospitalares de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, no período de abril de 2017 a março de 2018, 3.605 (52,82%) eram do sexo feminino. A maioria, 5486 (80,38%) residia em áreas cobertas pela APS, sendo que 3.751 (68,37%) altas hospitalares eram de idosos residentes em ruas adscritas a uma UBS com ESF do município (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de desospitalizações de idosos que residem em áreas cobertas pela APS, com relação ao destino, no período de abril/2017 a março/2018



Fonte: elaborada pelas autoras

A tabela 3 mostra o número de idosos que foram desospitalizados e admitidos pelo serviço de AD no período pesquisado e distribuídos por EMAD devido ao local de moradia ser em região com cobertura por equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Ao relacionar estes dados com o quantitativo de altas hospitalares por região no período da pesquisa, verificou-se que o número de pacientes idosos admitidos no Serviço de Atenção Domiciliar, segundo o critério de elegibilidade independente de faixa etária, foi de 89 pacientes. Na EMAD Norte foi de 22,47%,

Sul 31,46%, Oeste 15,76% e na EMAD Centro/HPS 14,6%. Destaca-se que o município disponibiliza 05 enfermeiros para atuação em AD (um por EMAD) e que estes atuam numa jornada de trabalho de 12 X 36 horas. Um enfermeiro de outra região fica de sobreaviso para atender as necessidades emergenciais que demandem este profissional.

Tabela 3 – Distribuição do nº de idosos por regiões conforme população com Equipe do Serviço de Atenção Domiciliar, de 01/04/17 a 31/03/18, Juiz de Fora, Minas Gerais

	Idosos Atendidos		Idosos Desospitalizados		N. de Enfermeiros
	N	(%)	N	(%)	
EMAD/EMAP Centro-HPS	64	22,1	13	14,6	1
EMAD UPA Norte	71	24,6	20	22,5	1
EMAD UPA Oeste	40	13,8	14	15,7	1
EMAD Regional Leste	53	18,3	14	15,7	1
EMAD UPA Sul	61	21,1	28	31,5	1
<i>Total</i>	<i>289</i>	<i>100,0</i>	<i>89</i>	<i>100,0</i>	<i>5</i>

Legenda: EMAD – Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar; EMAP- Equipes Multiprofissional de Atenção Primária; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que do total da população de Juiz de Fora estimada pelo IBGE 2018 (564.319 habitantes), 84,96% (479.486) estava coberta pela APS no período estudado. O total de idosos cadastrados no e-SUS, em abril de 2018, era de 31.750.

O quantitativo de altas hospitalares de idosos em hospitais públicos do SUS foi de 6.825. Constatou-se que uma parcela significativa, 1.644 (29,96%) dessas altas hospitalares era de idosos cuja residência inscreve-se na área adscrita por uma UBS Tradicional, 91(1,33%) região rural e 1339 (19,62%) em áreas descobertas pela APS.

O expressivo número de altas hospitalares de idosos em área descoberta pela APS constitui um desafio para a gestão de saúde do município à medida que tal fato aponta para a necessidade de ampliação e investimento em equipes de saúde habilitadas para a oferta de serviços na modalidade de AD.

O cuidado no domicílio, no que tange às necessidades de saúde da população idosa sem condições funcionais para deambulação até a UBS pode reduzir o número de hospitalizações assim como o tempo de permanência no hospital.¹⁶

Salienta-se que a entrada de um usuário idoso no sistema de saúde nem sempre ocorre pela APS. Isso é o que idealmente tem sido preconizado pelas normativas que orientam as linhas de cuidados na RAS numa perspectiva de gestão circular, horizontal, na qual a APS, estrategicamente, localiza-se ao centro, por meio da ESF, articulando-se com os demais pontos de atenção por meio de sistemas de referência e contra referência.¹⁷

Nesse sentido, a pessoa idosa sempre estará vinculada à Unidade Básica de Saúde, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a APS responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção.¹⁸

No que se refere a estrutura operacional das redes de atenção à saúde de Juiz de Fora, tem cinco componentes: os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistemas de informação em saúde, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de assistência farmacêutica); os sistemas logísticos (cartão SUS, prontuário clínico, sistemas de regulação do acesso e sistemas de transporte em saúde), o sistema de governança e a APS que é o centro de comunicação.¹⁹

No município estudado a APS dispõe de 63 UBSs, sendo que 42 atuam segundo o modelo da ESF (incluindo uma mista) e 21 no modelo tradicional. Das 42 UBS com ESF uma é volante e atende aos distritos da área rural. Destaca-se que no município foram implantadas três Unidades Odontológicas Regionais (UOR): centro, norte e oeste. Estas têm como objetivo atender aos usuários vinculados às equipes de saúde da família e estão localizadas em áreas de abrangência das UBS que não contam com o cirurgião dentista.¹⁹

A Rede de Urgência e Emergência conta com 5 unidades de gestão própria municipal: Hospital de Pronto Socorro (HPS); Departamento da Unidade Regional Leste (DURL); Pronto Atendimento Infantil (PAI); Serviço de Transporte Inter-hospitalar (STIH); Departamento de Internação Domiciliar (DID), além de três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) contratualizadas: UPA Sul; Oeste e Norte. A rede hospitalar é formada por 11 hospitais, dos quais 9 são privados e 2 são públicos.¹⁹

No que se refere à assistência farmacêutica, o município conta com 67 pontos de dispensação assim distribuídos: 55 na APS; 10 nos Departamentos das Redes Assistenciais; um na Farmácia Central e um na Oeste.¹⁹

A AD tem se mostrado como uma opção para reduzir os gastos e para permitir a elaboração de planos de cuidado de forma compartilhada com as famílias. Tanto a condição de envelhecimento como a de possuir uma doença crônica vem impactando a vida das pessoas devido a maior dependência para as atividades diárias, tais como alimentação, banho, deslocamento e autocuidado, o que tem exigido rearranjos familiares, a contratação de pessoas e/ou de diferentes serviços para atendimento às necessidades cotidianas desta população.²⁰

Esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos

serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde da população. O sucesso observado nos modos de organização da Atenção Domiciliar decorre da integração entre elementos da gestão e assistenciais³ e tem contribuído com avanços na integralidade do cuidado e reestruturação produtiva do trabalho em saúde.⁴

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos idosos atendidos no SAD após internação e desospitalização vieram da UBS e estavam ativos no serviço, no período estudado. Observam-se movimentos no sentido da alta precoce para o domicílio e da prevenção de internações de idosos, entretanto, a maior procedência de idosos encaminhados pela UBS pode estar relacionada ao fato deste município não ofertar serviços por núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

A atuação integrada, desenvolvida pelas equipes multiprofissionais que constituem os NASFs, equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas, programa Academia da Saúde, além das equipes dos demais níveis de atenção permite realizar atendimento compartilhado entre profissionais tanto na UBS como nas visitas domiciliares, assim como a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos.¹⁸

Salienta-se que a primeira entrada de um idoso usuário do sistema de saúde pode ser em uma hospitalização, requerendo o posterior acompanhamento por outros pontos da RAS, tendo, porém, a UBS como a primeira referência de acordo com o local de moradia. Em busca do cuidado para a sua saúde, o usuário “caminha” pelos pontos de atenção, ou seja, pelos espaços que ofertam serviços conforme a natureza temática da rede, como por exemplo, a rede de atenção à saúde do idoso. Dessa forma, faz-se necessário que esses serviços estejam integrados segundo os níveis de APS, secundário e terciário.¹⁹

Nesse campo, destaca-se a importância do trabalho realizado pelo profissional de enfermagem, que tem se revelado uma profissão fundamental na construção do cuidado domiciliar. Ela ocupa um papel central, pois o enfermeiro é considerado especialista em clínica, gerente de caso, coordenador do cuidado, exerce função de liderança e é responsável pela oferta de diferentes tipos de procedimentos e cuidados aos pacientes e cuidadores.^{15, 21-22}

Dessa forma, verifica-se que os cuidados de enfermagem para com os idosos vão além da assistência de saúde, exigindo do profissional um olhar que extrapole o modelo biomédico, um cuidado que envolva a família e as redes de apoio ao idoso. Exige esforço do profissional no sentido de contribuir para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida do idoso e do cuidador familiar.¹³

Há estudo que analisou a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na AD em saúde e mostrou que as ações deste profissional requerem diferentes tecnologias no contexto

domiciliar, ou seja, suas atividades perpassam a supervisão clínica e administrativa, é a assistência mediada por procedimentos relacionais e técnicos. O papel do enfermeiro no domicílio possui características singulares e, conseqüentemente, o processo de trabalho é influenciado pelo perfil dos pacientes e pela lógica assistencial que se organiza no domicílio.¹⁵

É desafiador para o campo da gestão do sistema, a ordenação do fluxo dos usuários na rede segundo suas necessidades de saúde e a capacidade dos serviços ofertados, mostrando que este é um campo aberto a múltiplas possibilidades de entradas, idas e vindas. Todavia, a identificação dos itinerários, percursos ou trajetórias no interior do sistema podem ser conhecidas por meio dos Sistemas de Informação. Estes se constituem como relevantes ferramentas de apoio a gestão e são essenciais, pois dão suporte ao gerenciamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. É fundamental que o SUS tenha sistemas de informação em saúde que colaborem com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade, ou seja, a capacidade de um sistema (informatizado ou não) se comunicar de forma transparente, entre os diferentes sistemas.²³

No município estudado, o Sistema e-SUS está implantado em 28 das 42 UBSs com ESF e por meio dele foi possível identificar o número de idosos cadastrados e em atendimento. Todavia, nem todos os pontos da rede contam com sistemas de informação desenvolvidos e não se observa uma integração entre eles. Este sistema não se integra ao Sistema de Informação Hospitalar e nem aos registros dos dados do SAD, que não tem um sistema de informação específico implantado. A não integração entre os serviços de informação na RAS impede uma rápida e eficiente identificação da trajetória de idosos na RAS, dificultando a referência e contra referência. Um sistema de informação integrado poderia facilitar a interlocução entre os pontos da RAS e destes com os usuários, agilizando a oferta do serviço com maior resolubilidade, uma vez que o profissional da APS identificaria as principais demandas, melhor definindo as prioridades no plano de cuidado das equipes.

Corroborando o exposto, um estudo que buscou compreender os modos de organização da AD no contexto da atenção à saúde ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, no Estado de Minas Gerais, constatou que o êxito observado nos modos de organização da AD transcorre da necessidade de manter a integração entre elementos da gestão e os assistenciais.³

Os resultados deste estudo apontaram para o predomínio de idosos cadastrados no SAD com idades entre 70 e 89 anos e na amostra analisada observou-se um percentual elevado de mulheres o que pode ser justificado a partir do fenômeno de feminização do envelhecimento, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa brasileira.^{24,25}

Um estudo de caso realizado no estado de Minas Gerais, sobre a feminização da velhice, enfocou as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas segundo o risco

social evidenciando que de maneira específica, o envelhecimento feminino acarreta consequências que colocam as mulheres idosas em potencial risco social.²⁶ Outros estudos têm mostrado que o envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade^{27,28} sinalizando que o setor de saúde deve se preparar no que se refere à gestão e coordenação da assistência, em acompanhamento à expansão de serviços públicos ofertados pela Rede de Atenção à Saúde.

CONCLUSÃO

O cenário assistencial estabelecido para idosos dependentes com alta hospitalar e residentes em áreas cobertas pelos serviços de APS (ESF e SAD) levantado a partir desta pesquisa, mostra que em relação a área administrativa, a região norte da cidade, mais populosa, apresentou o maior número de idosos que internaram e tiveram alta hospitalar no período estudado. Do total de 6.825 altas hospitalares de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, 3.605 (52,82%) eram do sexo feminino. Dentre os 289 idosos cadastrados no serviço de atenção domiciliar, 89 eram egressos de internação hospitalar e a maioria tinha entre 70 e 89 anos; a maior parte foi referenciada pela UBS (56,7%) e ao longo do período pesquisado, 43,6% permaneceram ativos no serviço. Sinaliza a existência de áreas descobertas por equipes da Estratégia de Saúde da Família para atenção aos idosos após altas hospitalares. Mostra que na realidade e período pesquisado, o maior número de altas hospitalares de idosos foi para a comunidade e que a Atenção Primária foi o serviço que mais encaminhou idosos para a Atenção Domiciliar.

Consideram-se como limitações deste estudo a indefinição sobre o percurso assistencial de idosos após a alta e a não classificação das necessidades de cuidados destes conforme as modalidades de atenção à saúde ofertada no cenário assistencial estudado, haja vista que os sistemas de informação não estão integrados, dificultando precisar a demanda elegível a esse cuidado, sendo incerto concluir quanto à resolubilidade do acesso aos serviços de AD.

O estudo restringiu-se a um único cenário assistencial no estado de Minas Gerais impossibilitando generalizações a outros cenários, todavia, desperta para a relevância de estudos sobre as demandas de cuidados de enfermagem para os idosos após a alta hospitalar conforme as modalidades de AD, ressaltando os estudos compreensivos sobre os impactos decorrentes da hospitalização de idosos com doenças crônicas agudizadas e como os serviços de atenção básica disponíveis participam no âmbito da rede, do atendimento às necessidades e demandas de cuidados de idosos com doenças crônicas agudizadas após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. OMS, O. M. da S. 2015. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Recuperado de <https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011. [Acesso em 2021 nov. 25]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>
3. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Gonçalves Neta FCC, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2018 [citado 2019 abril 26]; 39: e2016-0002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/en_1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf
4. Silva KL, Castro EAB, Toledo ST, Ribeiro JL, Ribeiro AD. Political pathway of home health care in Minas Gerais. REME – Rev Min Enferm [Internet]. 2019 [Acesso em 2019 maio 03]; 23:e1155. Disponível: doi: 10.5935/1415-2762.20190002
5. Ministério da Saúde (Brasil). Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Minas Gerais. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Minas Gerais. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>.
7. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. Enferm. clín. [Internet]. 2014 [Acesso em 2019 abr. 26]; 24(1):35-43. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-integracion-clinica-el-paciente-cronico-S1130862113001940>
8. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção domiciliar ao idoso na estratégia saúde da família: perspectivas sobre a organização do cuidado. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr. 26]; 11(Suppl. 1):296-302. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11908/14391>
9. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. (Orgs). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções das populações. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
10. Wendt CJK, Aires M, Paz AP, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr. 26];68(3):406-13. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0406.pdf
11. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr. 26]; 11(Suppl. 1):272-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11905/14384>
12. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 [Acesso em 2019 abr. 26];14(34):593-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>
13. Nakata PT, Costa FM, Bruzamolin CD. Cuidados de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr. 26]; 11(Suppl. 1):393-402. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30588>

14. Ministério da Saúde (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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 abril 2016. Edição: 78 | Seção: 1 | Página: 33.
15. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr. 26]; 70(1): 210-19. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf
16. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Silva PM, Martins ACS. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva de redução de custos/racionalização de gastos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [Acesso em 2019 abr. 26]; 8(6):1561-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9846>
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
18. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
19. Prefeitura de Juiz de Fora. Plano de Saúde 2018-2021. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde; 2018.
20. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [Acesso em 2019 abr. 26]; 21(3):903-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>
21. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enferm. clín. [Internet]. 2014 [Acesso em 2019 abr. 26]; 24(1): 51-8. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-importancia-longitudinalidad-integralidad-coordinacion-S1130862113001319>
22. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles em enfermería. Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. Enfermería clínica [Internet]. 2014 [Acesso em 2019 abr. 26]; 24(1):79-89. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
23. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2017. Projetos. Portal da Saúde: DATASUS; Brasília, 2017.
24. Maximiano-Barreto MA, Andrade L, Campos LB de, Portes FA, Generoso FK. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. ICHS [Internet]. [Acesso em 2019 out. 25] 8(2):239-52. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076>.
25. Costanzi RN, Fernandes AZ, Santos CF, Sidone OJG. Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos previdenciários. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica n. 51. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8792>
26. Almeida AV, Mafrá SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Textos & Contextos (Porto Alegre) [Internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr. 26];14(1):115-31. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>
27. Cepellos VM. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. Revista de Administração de Empresas [online]. 2021, v. 61, n. 2 [Acesso em 2021

- dez. 23], e20190861. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208>>. Epub 05 Mar 2021. ISSN 2178-938X. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208>.
28. Cardoso E, Dietrich TP e Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. *Brazilian Journal of Political Economy* [online]. 2021, v. 41, n. 1 [Acesso em 2021 dez. 23], p. 23-43. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>>. Epub 05 Feb 2021. ISSN 1809-4538. <https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>