



ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS DOMICILIADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Characterization of domiciled users in a family health strategy

Caracterización de usuarios domiciliados en una estrategia de salud familiar

Maria Victória Velasques Vieira da Rosa¹  Jonas Aléxis Skupien¹ 

¹Universidade Franciscana.

Autor correspondente: Maria Victória Velasques Vieira da Rosa - mariaa_vr@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental no cuidado da população adscrita do território, sendo a base e o principal meio de acesso do Sistema Único de Saúde (SUS). O termo domiciliado classifica as pessoas que em decorrência de alguma incapacidade temporária ou definitiva permanecem no domicílio, e não conseguem deslocar-se até a Unidade de Saúde. **Objetivo:** caracterizar os usuários domiciliados de uma ESF na região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** estudo do tipo transversal descritivo com abordagem quanti-qualitativa, aplicado em uma ESF. Foi utilizado o questionário Mini Mental (MEEM), questionário sociodemográfico em formato entrevista semi-estruturada com questões fechadas e abertas sobre percepção de saúde e o Índice de Lawton e Brody. **Resultados:** a amostra foi de nove indivíduos, com faixa etária variada e predomínio de mulheres. A maioria da amostra possui baixa escolaridade, histórico de trabalhos braçais e renda de até dois salários-mínimos. Os indivíduos mais velhos obtiveram uma combinação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a depressão e ansiedade foram comuns nas diferentes faixas etárias. Na percepção à saúde os indivíduos relacionaram a concepção de saúde com ausência de dor, independência nas tarefas diárias e ao bem-estar. Na escala Lawton e Brody foi observado impacto no desempenho de atividades cotidianas, funcionalidade e necessidade de suporte familiar. **Conclusão:** estratégias de acompanhamento são necessárias, atuando como alicerce no processo de saúde e doença. Os dados são relevantes para traçar planos de cuidado, ampliando a visão dos profissionais no direcionamento de práticas de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pacientes Domiciliares; Doenças Não Transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is fundamental in the care of the territory's registered population, being the basis and main means of access to the Unified Health System (SUS). The term domiciled classifies people who, due to some temporary or permanent disability, remain at home and are unable to travel to the Health Unit. **Objective:** to characterize domiciled users of an ESF in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** descriptive cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach, applied in an ESF. The Mini Mental Questionnaire (MMSE) was used, a sociodemographic questionnaire in a semi-structured interview format with closed and open questions about health perception and the Lawton and Brody Index. **Results:** the sample consisted of nine individuals, with a varied age range and a predominance of women. The majority of the sample has low education, a history of manual work and an income of up to two minimum wages. Older individuals had a combination of Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) and depression and anxiety were common in different age groups. In their perception of health, individuals related their conception of health to the absence of pain, independence in daily tasks and well-being. On the Lawton and Brody scale, an impact on the performance of daily activities, functionality and need for family support was observed. **Conclusion:** monitoring strategies are necessary, acting as a foundation in the health and disease process. The data is relevant for drawing up care plans, expanding professionals' vision in directing health practices.

Keywords: Primary Health Care; Homebound Persons; Noncommunicable Diseases.

RESUMEN

Introducción: La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental en la atención de la población empadronada del territorio, siendo la base y principal vía de acceso al Sistema Único de Salud (SUS). El término domiciliado clasifica a las personas que, por alguna incapacidad temporal o permanente, permanecen en su domicilio y no pueden desplazarse hasta la Unidad de Salud. **Objetivo:** caracterizar a los usuarios domiciliados de una ESF en la región central de Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo-qualitativo, aplicado en una ESF. Se utilizó el Mini Mental Questionnaire (MMSE), un cuestionario sociodemográfico en formato de entrevista semiestructurada con preguntas cerradas y abiertas sobre percepción de salud y el Índice de Lawton y Brody. **Resultados:** la muestra estuvo conformada por nueve individuos, con rango de edad variado y predominio del sexo femenino. La mayoría de la muestra tiene baja educación, antecedentes de trabajo manual y un ingreso de hasta dos salarios mínimos. Las personas mayores tenían una combinación de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y la depresión y la ansiedad eran comunes en diferentes grupos de edad. En su percepción de la salud, los individuos relacionaron su concepción de salud con la ausencia de dolor, la independencia en las tareas diarias y el bienestar. En la escala de Lawton y Brody se observó impacto en el desempeño de las actividades diarias, la funcionalidad y la necesidad de apoyo familiar. **Conclusión:** son necesarias estrategias de seguimiento, que actúen como fundamento en el proceso de salud y enfermedad. Los datos son relevantes para la elaboración de planes de atención, ampliando la visión de los profesionales en la dirección de las prácticas de salud.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; Personas Imposibilitadas; Enfermedades no Transmisibles.

INTRODUÇÃO

Com o passar das décadas diferentes necessidades surgiram em decorrência de mudanças nas características da população brasileira, gerando novas demandas de cuidado à saúde. Fatores como a diminuição nas taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e o estilo de vida influenciam diretamente no cenário atual de saúde dos indivíduos. A partir da combinação dessas condições, o panorama na saúde destaca a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).¹

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental no processo de cuidado da população adscrita em seu território sendo a base e o principal meio de acesso do Sistema Único de Saúde (SUS) e ocorrendo de forma multidisciplinar. Dados apontam que as Estratégias Saúde da Família (ESF) são responsáveis por cerca de mais da metade do cuidado em saúde da população brasileira.²

Os indivíduos que possuem uma combinação de DCNT estão mais propensos ao declínio funcional e comprometimento na autonomia, gerando chances elevadas de internações hospitalares recorrentes, aumento de tempo de permanência no domicílio e risco elevado de mortalidade precoce.³

O termo domiciliado surgiu com o intuito de classificar as pessoas que em decorrência de alguma incapacidade temporária ou definitiva permanecem no domicílio, e não conseguem deslocar-se até a Unidade de Saúde do seu território. Essa incapacidade pode ser originada por diferentes fatores que podem comprometer as atividades de vida diária e funcionalidade dessa população. A classificação é realizada pelos profissionais de saúde da APS, sendo geralmente identificada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).⁴⁻⁵

A partir da classificação de domiciliado, a assistência passa a ocorrer através da Atenção Domiciliar (AD). A AD é um modelo de atenção à saúde pertencente ao SUS, O cuidado é prestado no domicílio através de Visitas Domiciliares (VD), cujo objetivo é realizar práticas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. A AD é dividida em três níveis de complexidade de acordo com a necessidade do usuário. Sendo elas a AD1, que é de responsabilidade de atenção básica, e a AD2 e AD3, prestadas pela atenção especializada.⁵⁻⁷

Devido aos prejuízos físicos, sociais, ambientais, financeiros e a invisibilidade que os indivíduos domiciliados possuem perante a sociedade, justifica-se a necessidade de abranger o olhar sobre essa temática e caracterizar essa população.⁷ Considerando a transição demográfica, epidemiológica e também as alterações geradas em pacientes domiciliados, além da escassez de estudos sobre essa população, a presente pesquisa possui como objetivo caracterizar os usuários domiciliados de uma ESF na região central do Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo com abordagem quanti-qualitativa, aplicado em uma ESF, no período de agosto a novembro de 2023. O projeto seguiu as recomendações da resolução da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NePES) da Secretária de Saúde para apreciação e autorização de realização do estudo. Após o retorno do NePES, e após ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana. Foi aprovado sob o parecer nº 6.189.395 sendo o CAAE 71135023.0.0000.5306.

A população foi constituída por usuários adscritos em uma ESF e a amostra é composta pelos usuários classificados como domiciliados. Para a determinação da amostra foi utilizado o sistema MV que exporta dados do E-SUS, o qual gerou um relatório de Situação Analítico da ESF, indicando trinta e seis sujeitos classificados como domiciliados no território,

divididos em cinco microáreas.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram ser menor de 18 anos e não ter a capacidade de responder por si. Após as exclusões e tendo em posse o relatório, os usuários foram convidados a participar do estudo. Foi realizado o agendamento de um encontro em datas e horários, sendo o local o domicílio do usuário. Todas as VDs foram realizadas pela pesquisadora e o ACS responsável pela microárea. Somente um indivíduo não aceitou participar da pesquisa devido não querer responder o questionário.

Inicialmente foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para apreciação e assinatura. O primeiro instrumento aplicado foi o de avaliação do estado mental, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que possui pontuação total de 30 pontos. O MEEM foi utilizado como ponto de corte para participar da pesquisa. Se mantiveram os indivíduos que pontuaram a partir de 25 pontos no MEEM, ou a partir de 18 pontos os indivíduos com escolaridade inferior a quatro anos. Acima de 27 pontos considerado sem alterações, igual ou inferior a 24 pontos indica demência, porém, se o indivíduo possui menos de quatro anos de escolaridade o ponto de corte é de a partir de 18 pontos.⁸

Com o indivíduo sendo considerado apto a responder os outros instrumentos a partir do resultado do MEEM, foi aplicado questionário sociodemográfico em formato de entrevista semi-estruturada, compreendendo onze questões fechadas: sexo, faixa etária, identidade de gênero, estado civil, escolaridade, renda individual, fonte de renda, renda familiar, número de moradores e problemas de saúde. Além disso, esse instrumento possuía seis perguntas abertas sobre patologias e percepção sobre saúde: “O que é saúde para você?”, “Como você caracterizaria sua saúde atualmente”, “Houve alguma mudança na sua saúde comparada a 1 ano atrás?”, “Qual a sua perspectiva de saúde daqui 1 ano?”.⁹

Outro instrumento quantitativo utilizado foi a escala de *Lawton e Brody* a qual avalia o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, contendo nove questões, sendo elas com três opções de respostas cada e com pontuação variando de um a três pontos. A pontuação total é de 27 pontos, sendo até nove pontos classificado como totalmente dependente, 10 a 15 pontos dependência grave, 16 a 20 pontos dependência moderada, 21 a 24 dependência leve e a partir de 25 pontos independente.

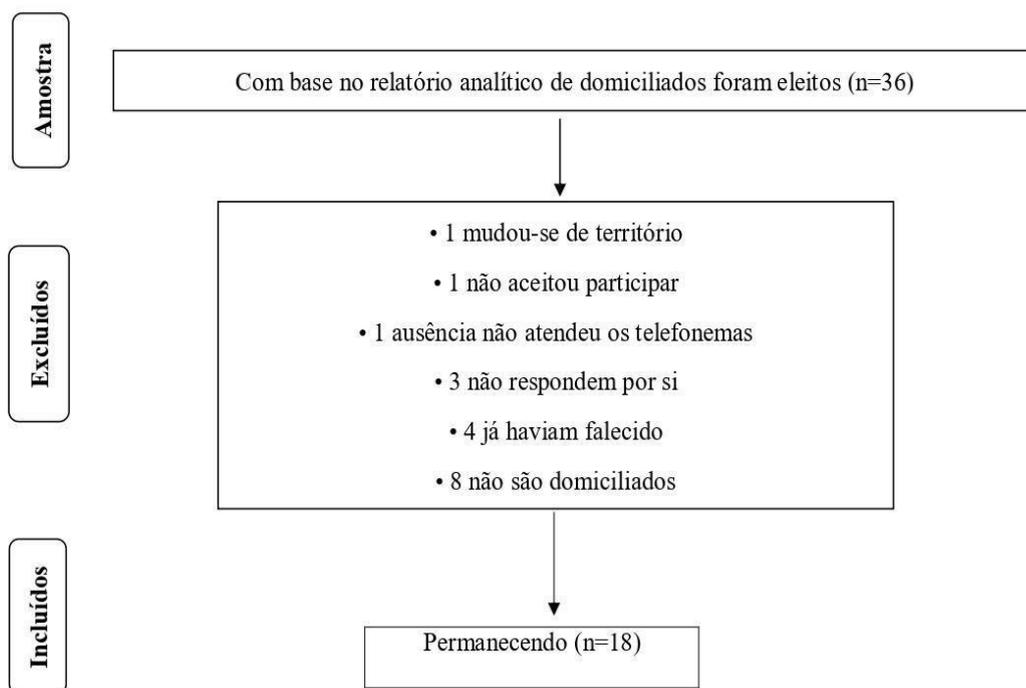
Os instrumentos contêm questões abertas e fechadas que buscam caracterizar os usuários domiciliados adscritos em uma ESF de uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo. Para manter o anonimato dos participantes seus nomes foram divididos por cores.

Para o tabelamento dos dados foi utilizado o *software Microsoft Excel* e a apresentação dos dados quantitativos através da análise estatística do tipo analítica descritiva. Todos os custos da pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora. Após a finalização do estudo e de posse dos resultados finais, os sujeitos participantes da pesquisa receberam um material com a apresentação dos resultados do presente estudo e um informativo em formato de folder com orientações de cuidados em saúde a partir das respostas dos questionários este, com gravuras para facilitar a interpretação. Além disso, o retorno dos resultados ao NEPES e a ESF.

RESULTADOS

A partir da definição da amostra com base no relatório analítico de domiciliados foram eleitos os sujeitos, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 1 – Fluxograma da construção da amostra.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Após, foi aplicado o questionário MEEM, com base nele nove usuários foram excluídos devido a não atingir o ponto de corte. Destaca-se que 50% da amostra foi excluída por não atingir a pontuação, entre eles um usuário não pontuou. Assim, permanecendo o número final de nove participantes no estudo. No MEEM dos usuários que permaneceram na pesquisa, apenas um usuário pontuou em todos os quesitos e o restante da amostra errou no cálculo. O quesito que obteve maior erro após o cálculo foi à escrita de frase completa por quatro participantes, sendo seguido pela cópia do diagrama onde quatro não pontuaram e memória evocação três participantes. Todos pontuaram na nomeação de objetos e comando de estágios. O segundo instrumento quantitativo foi o índice de *Lawton e Brody*, sendo a maior pontuação de 22 e a menor de 12 pontos. Nenhum participante foi classificado como independente. Cinco indivíduos foram classificados com dependência grave, três com dependência moderada e um com dependência leve. Entre as atividades, as mais citadas por não conseguirem realizar foi fazer compras por sete participantes, seguido de arrumar a casa quatro indivíduos, e três por não realizar trabalhos manuais domésticos. Em contrapartida, as atividades mais referidas que os indivíduos realizam de forma independente foram tomar os remédios em dose e horários certos e cuidar das finanças, ambos por seis indivíduos.

As tabelas a seguir apresentam os dados do instrumento que abrange a caracterização, descrição sociodemográfica e as patologias. Sendo estes subdivididos em três categorias de acordo com os componentes citados.

Tabela 1 – Distribuição da caracterização da amostra que abrange sexo, faixa etária, identidade de gênero e estado civil dos usuários domiciliados de uma ESF na região central do Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo (n=9)		
Feminino	6	67
Masculino	3	33,3
Faixa Etária		
<60 anos	5	55,5
>/60 anos	4	44,4
Identidade de Gênero		
Cisgênero	9	100
Transgênero		
Não binário		
Estado Civil		
Casado/União Estável	4	44,4
Viúvo	3	33,3
Solteiro	2	22,2
Divorciado		

Fonte: Autores da pesquisa, 2023.

O estudo obteve uma amostra de com variação de idade de 31 a 87 anos, com média de idade de 60,4 anos. Toda amostra definiu-se como cisgênero, sendo o conceito de identidade de gênero em alguns momentos confundido com a definição de orientação sexual. Destaca-se que apenas uma delas é solteira e a metade da amostra feminina é casada. Entre os homens, os dois idosos são casados e o outro participante adulto é solteiro (Tabela 1).

Tabela 2 – Descrição sociodemográfica que abrange a escolaridade, renda individual e familiar além do número de moradores por domicílio de uma ESF na região central do Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	n	%
Escolaridade (n=9)		
Ensino Fundamental Incompleto	7	78
Ensino Fundamental Completo		
Ensino Médio Incompleto	1	11,1
Ensino Médio Completo		
Ensino Superior	1	11,1
Renda Individual		
Não possui renda	1	11,1
Até 1 salário	7	78
Mais de 1 salário	1	11,1
Fonte de renda		
Aposentadoria	4	44,4
Pensão	4	44,4
Aposentadoria e Pensão		
Nenhuma	1	11,1
Renda Familiar		
Até 1 salário	4	44,4
Mais de 1 salário	5	55,5
Número de moradores		
<2	4	44,4
3>/	5	55,5

Fonte: Autores da pesquisa, 2023.

Durante a aplicação dos questionários os usuários associaram os anos de estudo com o início de trabalho precoce e a baixa renda familiar, como barreiras de continuidade escolar. Com relação à renda, o único indivíduo com renda individual maior de um rio-mínimo, recebe

um salário-mínimo e meio. O usuário que declarou não possuir renda depende de ajuda financeira familiar, porém está em trâmites para a aposentadoria. A quantidade mínima de moradores nos domicílios foi de dois e a máxima de cinco pessoas. Além destas, foi realizada uma pergunta aberta sobre a profissão, uma das participantes relatou nunca ter trabalhado devido possuir uma doença neurodegenerativa, uma mulher relatou ter sido cuidadora de idosos e as outras quatro a trabalhar em casa realizando trabalhos domésticos. Nenhum homem referiu ter como fonte de renda a última atividade citada. Entre os homens pertencentes à amostra, um deles relatou ser administrador, um ter trabalhado na construção civil e outro na agricultura (Tabela 2).

Tabela 3 – Apresentação das patologias citadas pela amostra durante a coleta de dados dos usuários domiciliados de uma ESF na região central do Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

VÁRIÁVEIS	n (9)	%
Problema de saúde		
Sim	9	100%
Não		
Se sim, quais		
Hipertensão (HAS)	5	55,5
Depressão	4	44,4
Ansiedade	3	33,3
Bronquite asmática	3	33,3
Diabetes	2	22,2
Hérnia de disco	2	22,2
Outros*	1	11,1

*Osteoporose, Machado Joseph, Parkinson, Doença de Chagas, Pós-operatório de cistoscopia, Lombalgia crônica, Escoliose, Problema renal. Fonte: Autores da Pesquisa, 2023.

As patologias foram questionadas de forma aberta com grande variabilidade nas respostas. Todos os indivíduos pertencentes a amostra, referiram ter ao menos uma patologia, sendo que os indivíduos maiores de 33 anos relataram possuir ao menos três ou mais condições de DCNT, sendo as mais citadas a hipertensão arterial sistêmica seguida da depressão.

Ao final do instrumento estavam presentes perguntas abertas as quais foram divididas em seis questionamentos, sendo as duas primeiras a profissão e as patologias citadas nas tabelas acima. As outras questões foram: (3) “Se você pudesse falar com as suas palavras, defina o que é saúde para você?” (4) “Levando em consideração que saúde é um conceito amplo, como você diria que está a sua saúde atualmente?” (5) “Se você pudesse comparar a sua saúde com o passar do tempo, houve alguma mudança na sua saúde comparada a um ano atrás” e (6) “Da mesma forma, quais as perspectivas de saúde para o próximo ano?”. Com o objetivo de preservar a identidade da amostra, os participantes foram nomeados com cores distintas. A partir disso, foram realizados recortes dos relatos, conforme observa-se abaixo:

Questão 3 - “Se você pudesse falar com as suas palavras, defina o que é saúde para você?”

Os indivíduos relacionaram a concepção de saúde com a ausência de dor, independência funcional para realizar as tarefas diárias sem auxílio de familiares e ao bem-estar. Um indivíduo não soube responder o questionamento. “A gente tá boa, não ter nada, não sofrer de dor, caminhar bem” (azul). “Poder fazer as coisas sem sentir dor e sem tomar remédio, conseguir fazer as tarefas sem dor” (branco). “Poder se manter sozinho, poder estar bem, poder fazer o que necessita, se movimentar, andar” (rosa). “Se sentir bem” (preto).

Questão 4 - “Levando em consideração que saúde é um conceito amplo, como você diria que está a sua saúde atualmente?”

A maioria dos indivíduos retratou o estado de saúde atual de forma negativa, apenas um declarou possuir um estado de saúde favorável. Um usuário relacionou a caracterização de saúde com a atividade laboral. Todos os participantes foram sucintos durante as respostas. “Ruim” (verde). “Péssima” (roxo). “Boa” (laranja). “Poder trabalhar.” (vermelho).

Questão 5 - “Se você pudesse comparar a sua saúde com o passar do tempo, houve alguma mudança na sua saúde comparada a um ano atrás?”

Para a maioria dos indivíduos houve mudanças positivas no estado de saúde. Entre os participantes que relataram o declínio na saúde, apenas um especificou o contexto no qual obteve piora. “Ano passado tava melhor” (azul). “Sim, um pouco, diminuição de medicações” (branco). “Atualmente está melhor com o pós-operatório, mas antes sentia muita dor ao me movimentar” (rosa). “Mais tombos e machucados” (preto).

Questão 6 - “Da mesma forma, quais as perspectivas de saúde para o próximo ano?”

Destaca-se que 90% da amostra obteve respostas positivas sobre o prognóstico de saúde, relacionando o futuro da saúde com realizar procedimentos cirúrgicos e a fé. “Ficar bem se conseguir operar a coluna” (amarelo). “Pior” (verde). “Creio que melhore” (roxo). “Acho que vai tá boa se Deus quiser” (vermelho).

DISCUSSÃO

A APS possui entre as suas atribuições a ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, estando os princípios da integralidade, longitudinalidade e universalidade relacionados diretamente no que tange o cuidado da população adscrita. O território é composto por pessoas e em decorrência disso está em constante transformação, sendo necessário um olhar amplo e atualizado sobre as demandas da população.⁶⁻⁸

Estudos divergem na caracterização de usuários domiciliados, alguns apontam a prevalência de indivíduos do sexo masculino e outros do feminino, nos analisados a faixa etária predominante foi de idosos.³ Em contrapartida, durante a aplicação dos questionários a quantidade de adultos e idosos foi igualada, com o predomínio de mulheres.

Alguns indivíduos da amostra confundiram orientação sexual e identidade de gênero, entretanto em sua totalidade se identificou como cisgênero. Artigos sugerem que devido ao preenchimento de identidade de gênero e orientação sexual ser opcional durante a etapa de identificação na ficha cadastral do MV, estratégias de promoção e cuidado à saúde da população podem ser prejudicadas. A obtenção desses dados é essencial para a caracterização das necessidades de saúde e no direcionamento de ações e estratégias na APS.¹⁰

Outra identificação necessária é o estado civil, dados apontam que indivíduos idosos casados possuem melhor apoio e funcionalidade familiar, quando comparados a mesma faixa etária sendo solteiros e/ou que vivem sozinhos. Além disso, foi relacionado o maior risco de quedas, comorbidades e insuficiência de auxílio nesta faixa etária. Entretanto não foram encontradas evidências que corroborem com estes dados em pessoas adultas.¹¹

A baixa escolaridade vai ao encontro do aspecto de vulnerabilidade, sendo um fator em comum nesses indivíduos, permeando aspectos como a renda, condição física, social e emocional. Pesquisas trazem a correlação entre a baixa escolaridade, trabalhos braçais e menor renda, com a presença e avanço de DCNT.¹²⁻¹⁵ Durante a aplicação dos instrumentos

foi observado que os dois indivíduos solteiros da amostra, são os que possuem maior nível de escolaridade e também são os mais jovens. Corroborando com estes dados, ao longo da pesquisa foi observado que 78% da amostra possuía como ocupação trabalhos braçais.

Além de realizar ocupações remuneradas, o sexo feminino é comumente responsabilizado pelo papel de cuidado da família e atividades domésticas. Estas, permeiam a invisibilidade de reconhecimento destas tarefas como atividade laboral.¹⁶⁻¹⁸ A maior parte das mulheres participantes eram responsáveis por desempenhar trabalhos domésticos, mesmo com equivalência do número de aposentados e pensionistas em ambos os sexos.

A assistência domiciliar deve abranger o usuário e a família, considerando que ela também está sofrendo o processo de adoecimento, além disso, deve-se considerar fatores como o ambiente, a crença e a cultura. Estudos sugerem que a estrutura familiar possui relação direta com o perfil de cuidado. Durante o estudo foi observado a predominância de moradores por domicílio de 3 ou mais pessoas, em sua maioria com renda familiar maior de um salário mínimo.^{3,10}

O estar domiciliado pode acarretar complicações físicas e emocionais. Além dos comprometimentos físicos, este perfil é mais suscetível às consequências na saúde mental. Sendo as patologias mais recorrentes a depressão, ansiedade, confusão, desorientação espaço temporal e *delirium*.^{6,19} Estando essa informação em conformidade com as patologias citadas pela amostra.

O MEEM é o questionário mais utilizado mundialmente para o rastreamento de demência, sendo fortemente indicado para aplicação na triagem da atenção primária para o rastreio, porém não é indicado o uso isolado para diagnóstico da mesma.²⁰ Entretanto, mesmo sendo amplamente recomendado pela literatura, foram escassos estudos que o aplicassem na população que adulta, dificultando a comparação de dados.

Todos os indivíduos relataram possuir pelo menos alguma patologia sendo a hipertensão arterial referida por 55,5%. Estudos trazem que a maior faixa etária está associada à presença de múltiplas DCNT, sendo o sedentarismo um fator em comum entre eles.^{14,19} Corroborando a isso, os resultados apresentaram que os indivíduos mais velhos possuem um somatório de patologias.

O sedentarismo é um dos principais fatores determinantes no aparecimento de sarcopenia. Nesta, ocorre a perda acelerada de fibras do tipo II que são responsáveis pela intensidade e potência muscular. A sarcopenia pode ser acelerada por agentes estressantes como o delirium, depressão, insônia e polifarmácia. O avanço desta condição pode levar ao imobilismo, que está associado a desfechos como quedas, fraturas e mortalidade.^{3,8,19,21-23}

A percepção de saúde de cada pessoa é única, sendo influenciada por vivências, crenças e saberes. Sendo direito da população ser instruída a compreender os conceitos de saúde e doença, e que as condições sociais associadas às escolhas diárias têm repercussão sobre a qualidade de vida.¹² Com isso, a concepção do conceito pela amostra foi associada à ausência de quadros algícos para realizar as atividades cotidianas e a caracterização de saúde obteve falas negativas, as descrevendo como “ruim” ou “péssima”.

Nos questionamentos que abrangeram o estado de saúde pregressa e as perspectivas para o próximo ano, obtiveram falas positivas e esperançosas relacionadas com a fé. Estudos trazem que a dimensão espiritual/religiosa deve ser considerada de forma emergente sendo alinhada com a integralidade no processo de cuidado pelos profissionais de saúde.²⁴

Os prejuízos na funcionalidade podem acarretar o declínio da força muscular, alteração do equilíbrio e diminuição na amplitude de movimento, gerando dependência para realizar tarefas de forma autônoma. As atividades cotidianas e o cuidado pessoal poder ficar limitadas ou impossibilitadas dependendo da gravidade do quadro, necessitando de auxílio.³ Esse dado evidencia-se nos resultados da escala *Lawton* e *Brody*, em que mais da metade da amostra apresentou dependência grave, e nenhum ser classificado como independente, sendo

necessário auxílio para realizar atividades cotidianas, sendo as mais citadas fazer compras, arrumar a casa e realizar trabalhos manuais domésticos.

A funcionalidade do indivíduo está diretamente relacionada com os aspectos biopsicossociais, sendo indicado o uso de estratégias de promoção e prevenção de saúde, reduzindo os impactos sobre a capacidade funcional e qualidade de vida. Estratégias de prevenção são mais eficientes, quando comparado ao estado que estes pacientes chegam na atenção secundária, com quadros mais graves e a presença de declínios funcionais evidentes.²³

A capacidade de prover os custos de vida de forma independente atua como facilitador na relação familiar. Artigos que utilizaram a escala de *Lawton e Brody* com indivíduos idosos trazem que a maior parte é responsável por gerir os seus recursos sem auxílio. Na escala *Lawton e Brody*, a capacidade do indivíduo em gerir o próprio dinheiro é um dos fatores que influenciam na manutenção da independência.¹¹ Ao serem questionados, a maioria da amostra relatou administrar suas próprias finanças e tomar os remédios de forma independente.

A visão ampliada de diferentes profissionais possui potencialidades no acolhimento e vínculo do usuário. Levando em consideração os resultados observados, se faz necessário a presença da equipe multidisciplinar na APS para além da equipe mínima.

Entre as limitações do estudo destaca-se a ausência do questionamento de raça e cor e nível de alfabetização, sugerindo aos próximos estudos a inclusão destes quesitos. Além disso, foi limitada devido ao delineamento ser transversal, sendo ele em um único momento e não estabelecendo uma relação de causa e efeito. Outros fatores limitantes foram o tempo hábil para aplicação da pesquisa, sendo as coletas em uma ESF, gerando o número reduzido da amostra.

CONCLUSÕES

A partir do presente estudo observou-se que características como idade e sexo possuem divergências. Aspectos como renda, nível de escolaridade e histórico de trabalhos braçais são características em comum entre eles. Entre as patologias citadas, os indivíduos mais velhos obtiveram uma combinação de DCNT, porém, a depressão e a ansiedade permearam as diferentes faixas etárias. A percepção de saúde foi variada, na caracterização da saúde atual os indivíduos em sua maioria apresentaram falas negativas, entretanto mostraram-se esperançosos quanto ao prognóstico de saúde do próximo ano.

A domiciliação como visto na escala de *Lawton e Brody*, gera impacto no desempenho de atividades cotidianas, funcionalidade e na necessidade de suporte familiar. Estratégias de acompanhamento multiprofissional através das visitas domiciliares são necessárias para a realização do cuidado de forma integral do paciente e da rede de apoio, atuando como alicerce no processo de saúde e doença da população.

Diante disso, se faz necessário pesquisas futuras as quais supram as limitações encontradas. Contudo, apesar das limitações, os dados são relevantes para traçar os planos de cuidado conforme as características de uma população heterogênea, ampliando a visão dos profissionais de saúde e gestão, no direcionamento de práticas de cuidado e recursos financeiros nas condições de vida, determinantes e condicionantes de saúde.

AGRADECIMENTOS

A ESF que autorizou a realização da pesquisa e a Universidade Franciscana.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol 2016;

19(03):507-519. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

2. Rezende B, Bertelli C, Almeida KO, Zell CV, Franz EBT, de Oliveira L, et al. Construção do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos de uma microárea pertencente a uma estratégia de saúde da família: ações do pet-graduassus. RIPS 2018; 1(4):267-73. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i4.13097>
3. Cao J, Wang T, Li Z, Liu G, Liu Y, Zhu C, et al. Factors associated with death in bedridden patients in China: A longitudinal study. Plos One 2020; 15(1):e0228423. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228423>
4. Brasil. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 20 de dezembro de 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidades de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 20 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>
6. Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al. Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China. J Nurs Manag 2019; 27(5):930-938. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12731>
7. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde em Debate 2020; 43(6):70-83 doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro-Psiquiatr 52 (1):1-7 doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
9. Bardin L. Análise de Conteúdo/ Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016 [citado em 20 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
10. Canavese D, Polidoro M, Signorelli MC, Moretti-Pires RO, Parker R, Junior TV. Pela urgente e definitiva inclusão dos campos de identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação em saúde do SUS: o que podemos aprender com o surto de monkeypox? Cien Saude Colet 2022; 27(11):4191-4194. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.12902022>
11. Silva MSA, Silva MCP, Sogame, LCP. Condições socioeconômicas e de saúde associados à funcionalidade familiar de idosos. Rev Gaúcha Enferm 2022; 43(1):e20210252. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210252.pt>
12. Silva Sousa NF, de Azevedo Barros MB. Level of active aging: Influence of environmental, social and health-related factors. Arch Gerontol Geriatr 2020; 90:104094. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104094>
13. Mira R, Newton T, Sabbah W. Inequalities in the progress of multiple chronic conditions: A systematic review of longitudinal studies. PLoS One 2022; 17(2):e0263357. doi:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263357>

14. Potasova M, Moraucikova E, Rusnak R, Melisova A, Pilarcikova S, Sutvajova M, et al. Associations between prevalence of chronic diseases and socio-economic status in adult population of Slovakia. *Bratisl Lek Listy* 2023; 124(8):583-589. doi: https://doi.org/10.4149/bll_2023_091
15. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Est Econ* 2012; 42(2):229-261. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-41612012000200001>
16. Duarte G, Spinelli LM. Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada. *Rev Soc Hum* 2019; 32(2):126-145. doi: <https://doi.org/10.5902/2317175836316>
17. Carneiro CMM, Pinho PS, Teixeira JRB, Araújo TM. Unpaid domestic work: persistence of gender-based labor division and mental disorders. *Rev Saude Publica* 2023;57:31. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004502>
18. Koerich M, Laffin MHLF. Jovens e adultos operários da construção civil: relações entre demandas de formação e trabalho. *Revista Linhas* 2023; 24(55):2023. doi: <https://doi.org/10.5965/1984723824552023057>
19. Cardoso R, Parola V, Neves H, Bernardes RA, Duque FM, Mendes CA, et al. Physical Rehabilitation Programs for Bedridden Patients with Prolonged Immobility: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(11):6420. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19116420>
20. Krieger DM, Coronel LCI, Lima LD. The relevance of Mini Mental State Examination (MMSE) use on demential interdiction exams in judicial proceedings. *J Bras Psiquiatr* 2020; 69(1):73-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000259>
21. Cho MR, Lee S, Song SK. A Review of Sarcopenia Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Future Direction. *J Korean Med Sci* 2022; 37(18):e146. doi: <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e146>
22. da Silva Sousa NF, de Azevedo Barros MB. Level of active aging: Influence of environmental, social and health-related factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2020; 90:104094. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400001>
23. Lins JJ, Passos JP, Lima AP, Costa PF, Oliveira AD, Angelo RC. Pensamentos catastróficos e incapacidade funcional em portadores de dor crônica na Atenção Primária à Saúde. *BrJP* 2021; 4(4):321-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20210057>
24. Ransome Y. Religion, Spirituality, and Health: New Considerations for Epidemiology. *Am J Epidemiol* 2020; 189(8):755-758. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwaa022>

Submissão: 06/03/2024.

Aceite: 24/08/2024.