



ARTIGO ORIGINAL

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS DE UM SERVIÇO
DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

**CHARACTERIZATION OF TECHNOLOGY-DEPENDENT PATIENTS IN HOME CARE SERVICES
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES DE TECNOLOGÍAS DE UN SERVICIO DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA**

Cecília Maria Brondani¹
Lais Helena Ramos²
Margrid Beuter³
Melissa Agostini Lampert⁴
Margot Agathe Seiffert⁵
Jamile Lais Bruinsma⁶

Doi: 10.5902/2179769211063

RESUMO: Objetivo: caracterizar os pacientes dependentes de tecnologias atendidos no serviço de internação domiciliar de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. **Método:** pesquisa quantitativa, de delineamento transversal e descritivo, desenvolvida com 57 pacientes dependentes de tecnologias no domicílio. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** verificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, casados, idade média de 58 anos, baixa renda e escolaridade e fazia uso de mais de um dispositivo tecnológico. Sendo que 73,7% utilizavam sondas para auxiliar na alimentação, 24,6% traqueostomia e 22,8% oxigenioterapia. Identificou-se que 56,2% receberam alta, 26,3% reinternaram e 17,5% faleceram. **Conclusões:** é preciso considerar que um número crescente de pessoas utilizam tecnologias no domicílio. Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades de saúde destas pessoas possibilitando um cuidado integral e contínuo.

Descritores: Tecnologia; Doença Crônica; Assistência Domiciliar; Tecnologia Biomédica.

ABSTRACT: Aim: to characterize the technology-dependent patients cared for in home care services of a University Hospital in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** quantitative research, with descriptive and cross-sectional design developed with 57 patients dependent on technologies at home. The data were submitted to descriptive statistical analysis. **Results:** it was found that most patients were male, married, average age of 58 years, low income and education and made use of more than a technological device. And 73.7% used probes to aid in feeding, 24.6% tracheostomy and 22.8% oxygen. It was identified that 56.2% were

¹Enfermeira. Doutoranda do Dinter Novas Fronteiras - UFSM, UNIFESP, EEAN. Santa Maria, RS, Brasil.
E-mail: ceciliabrondani@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/SP. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: lais.ramos@unifesp.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf - Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil. E-mail: margridbeuter@gmail.com

⁴ Médica. Doutora em Clínica Médica, área de concentração em Geriatria PUC/RS. Professora Adjunta do Departamento de Clínica Médica - UFSM, RS, Brasil. E-mail: melissa_lampert@yahoo.com

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, RS, Brasil.
E-mail: margotenfer@gmail.com

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PROIC-HUSM. UFSM, RS, Brasil. E-mail: jamilebruinsma@hotmail.com

discharged, 26.3% another hospitalization and 17.5% died. **Conclusions:** we need to consider that an increasing number of people use technologies at home. Health professionals should be attentive to the health needs of these people making comprehensive and continuous care.

Descriptors: Technology; Chronic Disease; Home Nursing; Biomedical Technology.

RESUMEN: **Objetivo:** caracterizar los pacientes dependientes de tecnología atendidos en un servicio de atención domiciliar de un Hospital Universitario en la región central del Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** investigación cuantitativa, diseño descriptivo y transversal, desarrollado con 57 pacientes dependientes de tecnologías en el domicilio. Los datos fueron sometidos a los análisis estadísticos descriptivos. **Resultados:** se encontró que la mayoría de los pacientes eran hombres, casados, promedio de edad de 58 años, de bajo ingreso y escolaridad y utilizaba más de un dispositivo tecnológico. Siendo que el 73,7% utilizan sondas para ayudar en la alimentación, el 24,6% traqueotomías y el 22,8% oxigenoterapia. Identificó que el 56,2% recibió alta, el 26,3% internan de nuevo y el 17,5% murió. **Conclusiones:** tenemos que considerar que un número creciente de personas utilizan tecnologías en casa. Profesionales de salud deben ser atentos a las necesidades de estas personas haciendo un cuidado completo y continuo.

Descriptor: Tecnología; Enfermedad Crónica; Atención Domiciliar de Salud; Tecnología Biomédica.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tem alterado o perfil dos doentes no Brasil, causando um impacto na sociedade, especialmente, no sistema de saúde, que não dispõe de infraestrutura humana e material capaz de atender tal demanda. Somado a esse fato, o modelo de assistência à saúde, centrado na doença e no hospital, é pouco resolutivo, de difícil acesso e de alto custo para o país.¹

O governo brasileiro vem buscando alternativas para reorganizar e construir um novo modelo assistencial, priorizando ações integralizadas na atenção à saúde. Dentre estas alternativas tem-se o Programa Melhor em Casa, com o objetivo de ampliar a atuação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde, por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar.²

Dessa forma, a atenção domiciliar passa a ser caracterizada como uma modalidade substitutiva ou complementar à intervenção hospitalar ou de qualquer um dos pontos da Rede de Atenção à Saúde.³

As demandas de cuidados dos doentes atendidos no domicílio dependem do diagnóstico médico, do grau de dependência e da utilização de tecnologias necessárias para a manutenção da vida. Estudo de revisão, referente à evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e enfermagem, constata uma diversidade de conceitos sobre tecnologia, alguns associados apenas à equipamentos e outros resultados de processos concretizados e saberes constituídos no cotidiano de trabalho das pessoas.⁴

Sendo assim, no presente estudo, entende-se por tecnologia(s) os medicamentos, dispositivos do tipo sondas, cateteres e equipamentos do tipo máquinas, tais como, aspiradores, concentradores de oxigênio que auxiliem o doente na manutenção da vida. Nesse contexto, observa-se um progressivo aumento da utilização de dispositivos e equipamentos no domicílio, decorrentes da maior prevalência das doenças crônicas e do processo de desospitalização precoce usado como uma das alternativas para dar conta dessa demanda.⁵

O crescimento da tecnologia no domicílio significa que pessoas leigas com diferentes níveis de competência técnica e de conhecimento tornaram-se usuárias dessa

tecnologia.⁶ Nesse sentido, reside a preocupação de como estas pessoas estão utilizando estes dispositivos incomuns ao seu cotidiano.

Em relação a esta temática, evidencia-se que existem diversos estudos da enfermagem com crianças dependentes de tecnologias no domicílio.⁷⁻⁹ No entanto, em relação aos doentes crônicos adultos, a produção científica brasileira ainda é exígua.

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos demonstrou que 75% dos idosos eram dependentes de tecnologias no domicílio. A nutrição enteral foi a tecnologia mais utilizada. Além disso, observou-se que 59 a 88% dos cuidadores não recebiam orientação formal para a realização dessa atividade.¹⁰ Pesquisa canadense relata que a atenção domiciliar é considerada menos onerosa e oferece maior qualidade de vida ao doente. Contudo, refere que a eficácia e a segurança desse tipo de atendimento ainda necessitam de mais estudos.⁶

A classificação da complexidade do paciente junto com a identificação e capacitação do cuidador constitui-se na primeira etapa para a admissão em um programa de atenção domiciliar, determinando a frequência de visitas e o plano terapêutico a ser implementado. Dentre as variáveis que devem ser consideradas na elegibilidade de um paciente para a admissão em um serviço de atenção domiciliar estão: o quadro clínico do paciente, o suporte terapêutico (medicamentos, tipo de nutrição, dependência de oxigenioterapia), reabilitação, uso de drenos, cateteres e ostomias, além de considerar os aspectos socioeconômicos e ambientais.¹¹

Nessa perspectiva, apresenta-se como questão norteadora: Qual o perfil dos pacientes que utilizam tecnologias no domicílio? E, como objetivo: caracterizar os pacientes dependentes de tecnologias atendidos em um serviço de internação domiciliar de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de delineamento transversal e descritivo. Busca quantificar e descrever características de uma população em um período de tempo determinado. É um recorte do projeto de pesquisa: “Cuidado ao doente crônico: a atuação interdisciplinar como espaço potencializador de transformação”, em andamento no Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SIDHUSM), RS, Brasil.

Para a realização deste estudo foram utilizadas as informações de um banco de dados dos pacientes admitidos no SIDHUSM, no período de 01 de setembro de 2011 a 31 de agosto de 2012. Foram incluídos para esta análise os pacientes que utilizaram algum tipo de tecnologia durante a permanência no serviço. As variáveis analisadas estavam relacionadas ao sexo, idade, estado civil, renda familiar, escolaridade, tipo de residência, com quem residia, doença que motivou a internação, número de comorbidades, tempo de internação, tipo de tecnologia utilizada, plano terapêutico desenvolvido pela equipe e motivo da alta.

Conforme protocolo do serviço o plano terapêutico é definido de forma interdisciplinar, em reunião semanal, após avaliação do paciente, dividindo as intervenções em quatro categorias: prevenção, suporte, restauração e paliativo. As ações de prevenção se referem às medidas educativas que auxiliam o paciente na adesão ao tratamento. As medidas de suporte objetivam a adaptação dos pacientes e dos cuidadores para lidar com incapacidades resultantes das doenças que estão em evolução. As medidas de restauração visam o retorno do paciente ao nível funcional, social e psicológico prévio, utilizadas em situações de bom prognóstico. Já, as medidas paliativas visam à minimização ou eliminação de complicações e sintomas, empregadas em situações de doença avançada para gerar conforto e bem-estar.



Os dados foram organizados com a utilização da planilha eletrônica Excel e a análise descritiva das variáveis foi realizada com auxílio do programa *Statistica*, versão 6.0.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa da instituição, sob o nº 0069.0243.000-11. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado após os devidos esclarecimentos em relação ao objetivo do estudo. Salienta-se que na presença de déficit de cognição ou de comunicação do paciente o Termo foi assinado pelo cuidador responsável.

RESULTADOS

Participaram do estudo 57 pacientes com idade média de 58 anos (DP=17). Sendo que a maioria, 96,5% (n=55) residia com a família. O tempo médio de internação no serviço foi de 49,05 dias (DP=40,40) e cada paciente tinha em média 4,44 comorbidades (DP=2,67).

Apresentam-se na Tabela 1 os resultados referentes ao sexo, idade, estado civil, anos de estudo, renda e tipo de residência dos pacientes dependentes de tecnologias assistidas no SIDHUSM.

Tabela1- Características sociodemográficas de pacientes dependentes de tecnologias do SIDHUSM. Santa Maria (RS), 2013. (N=57).

Variável	Número	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	24	42,1
Masculino	33	57,9
Idade/faixa etária		
19-30 anos	04	7,0
31-40 anos	06	10,5
41-50 anos	08	14,1
51-60 anos	13	22,8
Acima de 60 anos	26	45,6
Estado civil		
Casado	22	38,6
Solteiro	21	36,8
União estável	05	8,8
Viúvo	06	10,5
Divorciado	03	5,3
Anos de estudo		
0 a 4 anos	32	56,1
4 a 8 anos	16	28,1
Mais de 8 anos	09	15,8
Renda*		
0-1 Salário	36	63,2
1-2 Salários	13	22,8
2-3 Salários	07	12,3
Mais de 4 salários	01	1,7
Residência		
Própria	44	77,2
Familiar	08	14,0
Alugada	04	7,0
Instituição	01	1,8

*Renda em Salário Mínimo Nacional

Relacionados aos tipos de tecnologias utilizadas pelos pacientes, observou-se que todos os pacientes (n=57) necessitaram de suporte medicamentoso. Os dispositivos mais utilizados foram sondas para alimentação 73,7% (n=42). Destaca-se que 57,9% (n=33) dos pacientes utilizavam um tipo de tecnologia e 42,1% (n=24) mais de um, conforme Gráfico1.



Tipos de Tecnologias

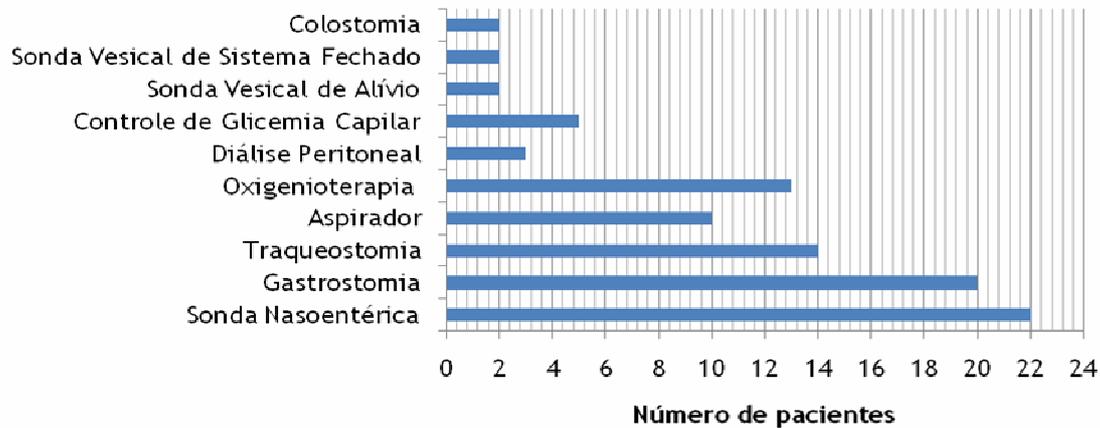


Gráfico 1- Tipos de tecnologias utilizadas pelos pacientes do SIDHUSM no momento da admissão no serviço. Santa Maria (RS), 2013 (N=57).

Entre as doenças que motivaram a internação no serviço e a dependência de tecnologias, destacam-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e as neoplasias, totalizando respectivamente, 26,3% (n=15) e 18% (n=10) pacientes. (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do motivo da internação, tipo de plano terapêutico adotado pela equipe e motivo da alta dos pacientes dependentes de tecnologia do SIDHUSM. Santa Maria (RS), 2013. (N=57).

Variável	Número	Porcentagem
Motivo da internação		
Neoplasias	10	18,0
AVE	15	26,3
Traumas*	06	10,6
DM	05	8,7
DPOC	04	7,0
HIV/aids	03	5,2
Demências	03	5,2
Outros**	11	19,0
Plano terapêutico adotado		
Prevenção	02	3,6
Restauração	20	35,0
Suporte	16	28,0
Paliativo	19	33,4
Motivo da alta		
Óbito	10	17,5
Internação hospitalar	15	26,3
Melhora do quadro	32	56,2

*Traumatismo crânio encefálico e Trauma raquimedular.

**Enfermidades que somaram apenas um caso por tipo de doença.

Em relação ao plano terapêutico implementado pela equipe multiprofissional 35% (n=20) receberam medidas de restauração, seguidas de cuidados paliativos 33,4% (n=19), sendo que destes pacientes 36,8% (n=7) apresentavam doença em fase terminal (Tabela 2).

O motivo de alta do paciente no serviço foi a melhora do quadro clínico observada em 56,2% (n=32), destes, 65,6% (n= 21) foram encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde de referência e 34,3% (n=11) para acompanhamento ambulatorial na própria instituição onde o serviço é vinculado.

DISCUSSÃO

Diante da atual demanda por serviços de atenção à saúde relacionada ao crescente aumento da incidência de doenças crônicas e suas complicações, a atenção domiciliar em suas diversas formas de organização se constitui em um importante dispositivo para a produção do cuidado.¹ É uma modalidade de atenção inovadora e humanizadora que busca por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais a integralidade e a continuidade do cuidado ao doente e sua família.

O tempo médio de permanência dos pacientes no serviço foi de 49,05 dias. Pesquisa realizada em Contagem - MG, para definir o perfil dos pacientes atendidos no Programa de Internação Domiciliar HU em Casa evidenciou que 87,6% dos pacientes permaneceram internados por um período de 16 a 30 dias.¹² Estudo¹³ realizado em Santa Maria - RS, acerca do perfil dos pacientes internados em um serviço de internação domiciliar, constatou que o tempo médio de permanência foi de 20 dias. Corroborando com estes resultados, uma investigação¹⁴ realizada em Porto Alegre - RS verificou um tempo médio de internação de 25,8 dias.

O tempo médio de permanência verificado, neste estudo foi maior, o que pode ser justificado pelas características clínicas da população estudada, que apresentava em média 4,44 comorbidades, era dependente de tecnologias e a maioria foi internada por AVE (tabela 2), doença que tem um período de reabilitação prolongado. Deve-se, ainda, considerar que o SIDHUSM é um serviço ligado a um hospital público, tendo como um dos seus objetivos a desospitalização precoce.

Dados publicados pelo Ministério da Saúde, no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, demonstram que no Brasil, na Pesquisa Nacional de amostra por domicílio, realizada em 2008, 31,3% da população pesquisada afirmou ter pelo menos uma doença crônica, 25,4% ter duas ou mais doenças e 5,9% declarou ter três ou mais doenças crônicas,¹⁵ dados que corroboram com o número de comorbidades dos pacientes encontrados.

Em relação ao sexo da população, identificou-se o predomínio do sexo masculino, 57,9% (n=33). Este dado difere de outros estudos^{12-14,16} relativos ao perfil de pacientes de serviços de atenção domiciliar, em diferentes regiões do Brasil, em que houve predomínio do sexo feminino. Já uma pesquisa realizada com 48 crianças e adolescentes dependentes de tecnologia, no Rio de Janeiro - RJ, demonstrou a predominância do sexo masculino dentre os pacientes atendidos em serviços de reabilitação, em nível ambulatorial.⁷ Resultado semelhante também foi encontrado na Suécia¹⁷ com adultos dependentes de tecnologias.

Os dados referentes à faixa etária foram semelhantes a outros estudos brasileiros,^{12-14,16} em que a idade prevalente foi acima de 60 anos. Essa prevalência se justifica pelo processo de transição demográfico que o país está vivendo e pelo aumento do número de doenças crônicas nessa população. As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento podem ser amenizadas com ações que promovam a saúde e auxiliem na manutenção da capacidade funcional do idoso.¹⁸ Assim, os programas de atenção domiciliar apresentam-se como uma das alternativas incentivada pelo governo brasileiro frente a essa demanda.¹

A maioria da população estudada era casada 38,6% (n=22), com baixa escolaridade 56,1% (n=32), tendo até quatro anos de estudo. Dados semelhantes foram encontrados em investigação¹² com indivíduos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar HU em Casa em que 52,6% possuíam o ensino fundamental incompleto e 35% eram casados. Outro estudo brasileiro¹⁶ que avaliou o perfil clínico de pacientes atendidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Sobradinho-DF, no período de junho de 2003 e junho de 2010, também evidenciou que a maioria da população possuía 60 anos, e que 46% desta se declararam sem grau de instrução e 36,9 % alfabetizados.

Quanto à renda, a maioria recebia até um salário mínimo, 63,2% (n=36), tinha residência própria, 77,2% (n=44) e vivia com sua família, 96,5% (n=55). Em pesquisa¹⁹ realizada em Goiânia - GO, em uma Estratégia da Saúde da Família que avaliou a capacidade funcional de idosos, foi evidenciado que 53,7% eram alfabetizados e possuíam o ensino fundamental incompleto. Destes, 45,3% tinham renda igual ou menor que um salário mínimo e 89,5% possuíam moradia própria. Cabe destacar que estudo realizado na Suécia¹⁷, anteriormente citado, com pacientes dependentes de tecnologia no domicílio demonstrou que 82% eram aposentados, 68% viviam com alguém e 92% não tinham casa própria. O que pode justificar o fato de a maioria dos pacientes investigados, neste estudo, terem residência própria, apesar de uma baixa renda familiar, é a possibilidade de participação em programas do governo federal que subsidiam a construção de casas populares.

Com relação ao uso de tecnologias, observou-se que todos os pesquisados utilizavam algum tipo de medicação de uso contínuo, o que é considerado uma tecnologia em saúde.²⁰ Estudo⁷ realizado com crianças e adolescentes em atendimento domiciliar, evidenciou que 87,5 % desta população é dependente de algum tipo de medicamento e que 41,6% utilizava algum outro dispositivo tecnológico relacionado a incapacidades do sistema respiratório. Pesquisa no Canadá²¹ mostrou que 98% dos serviços de atenção primária estão usando bombas programáveis para antibioticoterapia em casa, e 84% estão fornecendo oxigenoterapia. Investigação na Suécia¹⁷ também evidenciou que 35% das tecnologias utilizadas em casa se referem à oxigenioterapia, 32% à ventilação pulmonar mecânica, 29% à diálise peritoneal e 4% à hemodiálise domiciliar.

Diferentemente dos resultados encontrados em que 73,7% (n=42) dos pacientes necessitaram de dispositivos (gastrostomia ou sonda nasoenteral) para suplementar ou como via exclusiva de alimentação, 24,6% (n=14) faziam uso de traqueostomia, 22,8% (n=13) necessitavam de oxigenioterapia, 17,5% (n=10) faziam uso de aspirador, 8,7% monitorização da glicemia capilar e 5,2 % (n=3) realizavam diálise peritoneal. Estudo de revisão¹⁰ realizado nos Estados Unidos com idosos confirma os dados relacionados à prevalência da necessidade de utilização de dispositivos para auxiliar na alimentação. Em que população semelhante necessitou de nutrição enteral (75%), sendo que as principais indicações para o seu uso estavam relacionadas a doenças como neoplasias, sequelas de AVE e demência.

Quanto ao tipo de tecnologia utilizada, 57,9% (n=33) da população estudada fazia uso de um tipo de tecnologia e 42,1% (n=24) mais de um. Resultado semelhante foi encontrado com crianças dependentes de tecnologias egressas de um hospital público no Brasil, em que estas utilizavam pelo menos um equipamento diariamente, relacionado principalmente à terapia respiratória, administração de medicamentos e alimentação.⁸ Estudo de revisão²² relacionado ao perfil de assistência para crianças e jovens com necessidade de ventilação pulmonar mecânica constatou que existem poucos estudos brasileiros sobre a temática. A assistência domiciliar reduz os custos hospitalares e contribui para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Entretanto, não existe um consenso sobre o tipo de cuidado mais indicado para estes pacientes evidenciando a necessidade de discutir alternativas diante da atual demanda por tecnologias e da mudança do perfil epidemiológico da população.

Em relação às doenças que motivaram a internação destes pacientes no serviço, destaca-se o AVE em 26,3% (n=15), seguida das neoplasias em 18% (n=10). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas representarão até o ano de 2020 um percentual de 60% no total das doenças, sendo as principais causas de internações hospitalares. As maiores incidências dessas doenças estão relacionadas ao acidente vascular cerebral, doença cardíaca, depressão e câncer.^{23,18} Pesquisa¹⁶ também evidenciou que o motivo de internação no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar estava relacionado ao AVE com 28,57% e neoplasia 18,91%. Já outros serviços tiveram como principal causa de internação as infecções respiratórias.¹²⁻¹³

Quanto à evolução clínica observou-se que 56,2% (n=32) dos pacientes receberam alta com a melhora do quadro clínico. Resultado semelhante foi encontrado pelo Programa HU em Casa¹², em que 94,9% dos pacientes atendidos tiveram alta com boa resolatividade clínica e apenas 2,9% foram a óbito. Outro estudo¹³ também evidenciou que 59% dos pacientes receberam alta. Cabe salientar que dos pacientes que receberam alta, 65,6% (n=21) foram referenciados para a continuidade do tratamento na atenção primária. O contato com a unidade básica foi realizado via telefone e ou encaminhamento por escrito. Os pacientes que permaneceram em acompanhamento ambulatorial na instituição, 34,3% (n=11), ainda necessitavam de suporte da equipe multiprofissional.

Com relação à alta devido à internação hospitalar e/ou óbito, 26,3% (n=15) dos pacientes reinternaram e 17,5% (n=10) foram a óbito. Estudo¹³ obteve dados semelhantes, em que 28% dos pacientes faleceram e 20,5% necessitaram de reinternação hospitalar no período de acompanhamento. Acredita-se que a reinternação hospitalar seja decorrente de fatores não preveníveis relacionados à evolução natural da doença ou complicações não detectadas e/ou não tratadas na última internação. O número de óbitos pode-se justificar porque 33,4% (n=19) estavam em cuidados paliativos e destes 36,8% (n=7) apresentavam doença em fase terminal, sendo um evento esperado nestas condições clínicas. O óbito no domicílio pode ser uma alternativa de cuidado aos pacientes em fase terminal que estão em atendimento domiciliar. Além disso, este índice pode estar associado a outros fatores como o uso de tecnologias, número de comorbidades e grau de dependência desta população.¹⁶

Frente aos dados levantados e discutidos o plano terapêutico implementado pela equipe multiprofissional em 35% (n=20) dos pacientes foi o de restauração, que possibilitou a reabilitação funcional dos pacientes e o retorno às atividades. Para os demais pacientes o plano adotado foi o paliativo, 33% (n=19), e de suporte, 28% (n=16). As equipes multiprofissionais que compõem os serviços de atenção domiciliar têm a possibilidade, por meio do diálogo e cooperação entre os profissionais construir planos terapêuticos que considerem as reais necessidades e demandas de cuidado do doente crônico e sua família no domicílio.

CONCLUSÃO

Frente aos resultados deste estudo foi possível verificar que os pacientes adultos dependentes de tecnologias no domicílio eram em sua maioria do sexo masculino, casados, com idade média de 58 anos, baixa escolaridade, renda familiar reduzida e apresentavam comorbidades. O motivo de internação e também a principal causa da dependência tecnológica foram o AVE e as neoplasias.

Em relação ao tipo de tecnologia utilizada houve a predominância do dispositivo para auxiliar na alimentação, pela gastrostomia ou sonda nasoenteral, seguidos de dispositivos de traqueostomia e equipamentos para oxigenioterapia e aspiradores. Um número menor de pacientes necessitou de monitorização da glicemia capilar.

A dependência tecnológica pode ser necessária por período curto, durante a reabilitação ou permanecer por mais tempo, auxiliando na manutenção da saúde e prolongamento da vida. Independente do tempo de utilização a tecnologia interfere no

cotidiano de pacientes e cuidadores, à medida que modifica a organização funcional, social e psicológica dos envolvidos. Evidencia-se também, a necessidade de um maior debate sobre o tema no sentido de compreender o significado da dependência tecnológica e buscar alternativas de cuidado que considerem às demandas destas pessoas e suas famílias.

Assim, o conhecimento das características dos pacientes dependentes de tecnologias pode trazer subsídios aos profissionais de saúde que atuam no domicílio no sentido de elaborar ações efetivas, capazes de auxiliar no enfrentamento da situação e garantir a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (v. 1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 22]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109382-2029.html>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [acesso em 2013 jul 22]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/119205-963.html>.
4. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e o impacto da tecnologia na área de saúde e da enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 20];8(3):422-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm.
5. Costa MTF, Gomes MA, Pinto M. Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 20];16(10):4147-59. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63019858019.pdf>.
6. Lehoux P. Patients' perspectives on high-tech home care: a qualitative inquiry into the user-friendliness of four technologies. BMC Health Serv Res [Internet]. 2004 [cited 2013 Jul 20];4(1):1-9. Available from: <http://europepmc.org/articles/PMC526262?pdf=render>.
7. Gavazza CZ, Fonseca VM, Silva KS, Cunha SR. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(5):1103-11.
8. Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(5):1285-94.
9. Floriani CA. Home-based palliative care: challenges in the care of technology-dependent children. J Pediatr [Internet]. 2010 [acesso em 2013 jul 20];86(1):15-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/en_v86n1a04.pdf.
10. Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. Am Diet Assoc. 2002;102(6):831-6.1
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. (v. 2).



12. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli Junior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 20];21(1):147-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100009.
13. Gargano F, Silveira AES, Nesi A, Bülow AR, Rocha DS, Oliveira DM, et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Rev AMRIGS*. 2004;48(2):90-4.
14. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, Sirena S, Goldim JR. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. *Rev HCPA* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jul 20];32(3):311-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31055/22054>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
16. Barros LN. Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010 [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2012. 131 p.
17. Fex A, Flensner G, Ek AC, Soderhamn O. Self-care agency and perceived health among people using advanced medical technology at home. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):806-15.
18. Girondi JBR, Nothaft SCS, Santos SMA, Oliveira F, Sebold LF, Kempfer SS. Estudo do perfil de morbimortalidade em idosos. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [acesso em 2013 out 22];3(2):197-204. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6704/pdf>.
19. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1 Supl 1):43-8.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
21. Lehoux P, Charland C, Pineault R, Richard L, Saint-Arnaud J. Technologies de pointe et soins à domicile. Où en sont les CLSC? *CMAJ*. 2002;166(10):1277-8.
22. Costa MTF, Gomes MA, Pinto M. Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 out [acesso em 2013 nov 3];16(10):4147-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001100020&lng=en
23. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.

Data de recebimento: 20/10/2013

Data de aceite: 09/01/2014

Contato com autor responsável: Cecília Maria Brondani

Endereço postal: Rua Pedro Figueira, 227, ap. 2, São José. CEP: 97095-540, Santa Maria, RS.

E-mail: ceciliabronndani@hotmail.com