

A equipe de saúde da família no cuidado de pessoas idosas restritas ao domicílio de um bairro de Juiz de Fora/MG: um estudo transversal

The family health team in the care of homebound elderly people in a neighborhood of Juiz de Fora/MG: a cross-sectional study

El equipo de salud familiar en el cuidado de ancianos confinados en casa en un barrio de Juiz de Fora/MG: un estudio transversal

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Luiz Miguel de Paula Moura
Raquel Maria de Oliveira Almeida
Jéssica de Castro Santos
Erika Andrade e Silva
Helen Vaz da Silva Gomes

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) exerce papel fundamental no acesso da pessoa idosa domiciliada à visita domiciliar, o que possibilita compreender e planejar intervenções de saúde. Objetivos: Caracterizar pessoas idosas restritas ao domicílio e identificar ações realizadas pela ESF. Métodos: Estudo transversal, com pessoas idosas restritas ao domicílio e seus cuidadores residentes na área de abrangência de uma UBS em Juiz de Fora/MG. Foi aplicado instrumento estruturado baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Resultados: A média de idade foi 79,53 ($\pm 8,99$) anos, maioria mulheres, casados ou viúvos. A doença crônica mais comum foi a Hipertensão Arterial. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$) meses, maioria por condição física, todos têm cuidador. 70,0% recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da APS, 30% nunca receberam e 42,8% tiveram a visita interrompida. Maioria satisfeita com os procedimentos realizados pela equipe. Conclusão: A equipe de ESF realiza os procedimentos de acordo com o preconizado. O obstáculo é observado na continuidade do cuidado, devido a grande quantidade de interrupções e na abrangência da identificação da necessidade de visita.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Assistência a idosos; Visita Domiciliar.

Abstract

The National Health Strategies plays a fundamental role in giving homebound elderly people access to home visits, which makes it possible to understand and plan health interventions. Objectives: To characterize the elderly who are restricted to their homes and to identify actions carried out by the NHS. Methods: This was a cross-sectional study of homebound elderly people and their caregivers living in the catchment area of a UBS in Juiz de Fora/MG. A structured instrument designed by the authors was used. Results: The average age was 79.53 (± 8.99) years, the majority were women, married or widowed. The most common chronic disease was hypertension. The average time of restriction was 62.10 (± 44.32), mostly due to physical condition, and all had a caregiver. 70.0% of the elderly receive or have received a home visit from at least one professional, 30% have never received and 42.8% have had their visit interrupted. The majority were satisfied with the procedures carried out by the team. Conclusion: The ESF team carries out the procedures as recommended. The obstacle is observed in the continuity of care, due to the large number of interruptions.

Keywords: National Health Strategies; Old Age Assistance; House Calls.

Resumen

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) desempeña un papel fundamental en el acceso de las personas mayores confinadas en su domicilio a las visitas domiciliarias, lo que permite conocer y planificar las intervenciones sanitarias. Objetivos: Caracterizar a las personas mayores confinadas en sus domicilios e identificar las actuaciones llevadas a cabo por la ESF. Método: Estudio transversal de ancianos confinados en sus domicilios y sus cuidadores, residentes en el área de influencia de una UBS en Juiz de Fora/MG. Se aplicó un instrumento estructurado basado en las directrices del Ministerio de Salud. Resultados: La edad media fue de 79,53 ($\pm 8,99$) años, la mayoría eran mujeres, casadas o viudas. La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión. El tiempo medio de restricción fue de 62,10 ($\pm 44,32$) meses, la mayoría debido a la condición física, y todos tenían un cuidador. El 70,0% recibe o ha recibido visita domiciliaria de al menos un profesional de APS, el 30% nunca la ha recibido y el 42,8% ha visto interrumpida su visita. La mayoría estaban satisfechos con los procedimientos llevados a cabo por el equipo. Conclusión: El equipo del FSE lleva a cabo los procedimientos según lo recomendado. El obstáculo se observa en la continuidad de la atención, debido al gran número de interrupciones, y en la exhaustividad de la identificación de la necesidad de visita.

Palabras-clave: Estrategias de Salud Nacionales; Asistencia a los Ancianos; Visita Domiciliaria.

Introdução

O envelhecimento da população provoca mudanças no perfil epidemiológico e demográfico do país. Este fator demanda aprimoramento de políticas públicas que assegurem o acesso aos direitos da pessoa idosa, principalmente no âmbito da saúde, com novas formas de cuidado prolongado e atenção domiciliar¹. Quando esses direitos não ocorrem da forma adequada, o cenário fica propício ao aumento da prevalência de doenças crônicas, limitações e incapacidades, o que pode ocasionar a restrição ao domicílio². Estudos realizados em Salvador (BA) e Belo Horizonte (MG) demonstraram a prevalência de pessoas idosas restritas em uma determinada área de abrangência, sendo 10,5% da amostra em Salvador restritos ao domicílio e 2,9% restritos ao leito, já na capital mineira foram identificados 18,6% restritos ao domicílio e 3,6% de acamados^{1,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e prestar assistência integral aos usuários, além de ser a porta de entrada para o sistema de saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de APS no Brasil composto pela Equipe de Saúde da Família (EqSF) formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são os responsáveis por manter o vínculo com o usuário e identificar a pessoa idosa restrita

ao domicílio que precisa de atendimento domiciliar⁴. A qualidade da APS pode ser avaliada considerando seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural^{5,6}.

É possível, pela verificação dos atributos, avaliar indicadores da qualidade do sistema, a efetividade da atenção sobre a população e a cobertura dos serviços, satisfação do usuário, além de permitir que gestores analisem as facilidades e dificuldades dos serviços e proponham intervenções direcionadas⁷. Ademais, há evidências sobre a conexão crescente entre desfechos de saúde favoráveis e a maior abrangência dos atributos da APS⁶.

Dentre as ações realizadas pela EqSF, a visita domiciliar é um dos melhores recursos para avaliar as condições de saúde das pessoas idosas restritas ao domicílio de forma integral. Nela é possível perceber a realidade que a pessoa idosa vive, o ambiente domiciliar, instruir a família e cuidadores e realizar o planejamento das intervenções de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo⁸. Contudo, os profissionais de saúde enfrentam muitos desafios na execução da assistência domiciliar, como falta de qualificação dos servidores, desafios na comunicação entre os profissionais, capacidade de atendimento insuficiente e pouca organização⁹.

Cabe a EqSF, tanto no espaço domiciliar quanto dentro da unidade, realizar a coleta de dados sobre o histórico de saúde-doença, avaliações, diagnósticos e traçar o plano de cuidado, respeitando as individualidades⁸. Segundo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para o cuidado à pessoa idosa restrita ao domicílio, em uma avaliação completa durante a visita domiciliar espera-se que os seguintes itens sejam abordados pela equipe: capacidade funcional, histórico de doenças, medicações, estado de saúde percebido, atividades básicas e instrumentais de vida diária, memória, capacidade de tomar decisões, rede de apoio disponível, barreiras na manutenção da independência e riscos de segurança¹⁰.

A visita domiciliar, especialmente à pessoa idosa restrita ao domicílio, é capaz de favorecer o acesso deste grupo à EqSF, onde todos os profissionais têm papel fundamental. Visitas domiciliares bem realizadas garantem diversos atributos da APS e sua qualidade. Portanto, o objetivo do presente estudo é caracterizar as pessoas idosas restritas ao domicílio em um território e identificar as ações realizadas pela equipe de saúde da família, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Métodos

Estudo observacional transversal quantitativo e descritivo, realizado com pessoas idosas restritas ao domicílio e seus cuidadores que morem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Juiz de Fora. A UBS é situada na região norte da cidade e está cadastrada no programa de ESF e conta com três equipes de Saúde da Família compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS. Além disso, a unidade possui vínculo com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) onde recebe médicos residentes e com a Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC) onde recebe estagiários dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e serviço social. A escolha do local para realização da pesquisa ocorreu devido ao número de pessoas idosas registradas na UBS e a disponibilidade da unidade para participar da pesquisa.

Foram incluídas pessoas idosas restritas ao domicílio e/ou seus familiares ou cuidadores, que residiam na área de abrangência territorial da UBS. Foram excluídas pessoas idosas que tinham alteração cognitiva e eram cuidados por pessoas que também tinham alguma alteração na cognição que impedisse responder as perguntas. Para avaliação dos objetivos propostos foi utilizado um Instrumento estruturado pelos pesquisadores baseado no caderno número 19 do Ministério da Saúde¹⁰, que dispõe sobre o envelhecimento da população e cuidados domiciliares.

A caracterização da amostra foi realizada de acordo com as variáveis: idade em anos, sexo feminino ou masculino, estado civil, se mora sozinho, número de pessoas que moram na casa, número de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e pulmonares) e alteração cognitiva. Para verificar se a pessoa idosa recebe visita foi feita a seguinte pergunta: “Recebe visita domiciliar?”, com possibilidade de resposta “sim” ou “não”. Em relação à restrição ao domicílio foram observados o motivo da restrição, forma de identificação da necessidade de visita, tempo de restrição, se possui cuidador e qual o grau de parentesco entre a pessoa idosa e cuidador. Para caracterização dos procedimentos realizados durante a visita, foram questionados: mensuração da glicemia, avaliação de ferida quando presente, avaliação de lesão por pressão quando presente, realização de questionário de Atividade de Vida Diária (AVD), avaliação de mobilidade, estado cognitivo, umidade, realização de procedimentos invasivos como vacinação ou coleta de sangue. Para avaliar as orientações dadas pela equipe ao usuário ou cuidador foi questionado se eram abordados assuntos sobre alimentação, mudança

de decúbito, prevenção de acidentes domésticos, e se está satisfeito com as visitas recebidas.

A pesquisa foi realizada por equipe de dois pesquisadores treinados que realizaram a visita domiciliar à pessoa idosa após o ACS ou outro profissional da EqSF indicar um meio de contato para a sensibilização sobre a participação na pesquisa. Elas ocorreram entre dezembro de 2022 e abril de 2023. A partir da concordância da pessoa idosa ou do cuidador, o pesquisador realizou a visita domiciliar no endereço indicado, onde eram aplicados os instrumentos, respeitando as normas de sigilo, sua decisão de participar ou não da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando a pessoa idosa possuía alterações cognitivas que impedissem a compreensão das perguntas, a aplicação do questionário era realizada com o familiar/cuidador.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado com parecer nº 6.187.692.

Análise Estatística

A descrição das variáveis foi feita por valores de média e desvio padrão para as variáveis numéricas discretas e por valores de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. As descrições foram divididas em blocos de variáveis: caracterização da amostra por variáveis sociodemográficas e clínicas, identificação da necessidade de visita, procedimentos e orientações realizados pelos profissionais da EqSF e satisfação da pessoa idosa/cuidador. As análises descritivas foram realizadas no Programa R (versão 4.1.0), após tabulação dos dados em planilha Excel 84.

Resultados

Foram entrevistadas 30 pessoas idosas restritas ao domicílio de um universo de 52 presentes no cadastro da UBS. Destes, 13 eram cuidadores/familiares que foram entrevistados devido a alguma alteração cognitiva da pessoa idosa. Foram perdidas 22 pessoas pelos seguintes motivos: falecimento da pessoa idosa, pessoa não encontrada, pessoa idosa ou cuidador que se recusou a participar da pesquisa e pessoas restritas ao domicílio que não tinham mais de 60 anos.

A Tabela 1 traz as principais características sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas participantes. A média de idade foi 79,53 ($\pm 8,99$) anos, a maioria do sexo feminino (73,3%) e casado ou viúvo (33,3%). A doença mais comum foi a Hipertensão Arterial, presente em 86,7% das pessoas idosas entrevistadas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo (n=30)

Variável	Frequência (n/%)	Média (\pm desvio-padrão)
Idade		79,53 (\pm 8,99)
Sexo:		
Feminino	22 (73,3%)	
Masculino	8 (26,7%)	
Estado Civil:		
Solteiro	6 (20,0%)	
Casado	10 (33,3%)	
Divorciado	4 (13,4%)	
Viúvo	10 (33,3%)	
Escolaridade:		
Nunca frequentou a escola	2 (6,7%)	
Fundamental	20 (66,7%)	
Médio	7 (23,3%)	
Superior	1 (3,3%)	
Mora Sozinho:		
Sim	4 (13,3%)	
Não	26 (86,7%)	
Quantas pessoas moram na residência		3,36 (\pm 1,73)
Média do número de doenças crônicas		5,26 (\pm 1,98)
Diabetes:		
Sim	16 (53,3%)	
Não	14 (46,7%)	
Doenças Cardíacas:		
Sim	4 (13,3%)	
Não	26 (86,7%)	
Hipertensão Arterial:		
Sim	26 (86,7%)	
Não	4 (13,3%)	
Alteração Cognitiva		
Sim	13 (43,3%)	
Não	17 (56,7%)	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 2 caracteriza a condição de restrição. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$) meses, a maioria por condição física (70,0%) e todos têm cuidador, principalmente filhos (56,7%). Entre os participantes, 70,0% recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da EqSF e 30% nunca receberam visita. Entre os que já receberam visita, em, 42,8% delas foram interrompidas, sendo o tempo médio de interrupção 12,44($\pm 7,71$) meses. Relacionado aos profissionais que realizaram visitas, 61,9% receberam a visita do Enfermeiro, 14,2% do Técnico de Enfermagem, 76,2% de médicos e 47,6% do ACS.

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas em relação à condição de restrição ao domicílio (n=30)

Variável	Frequência (n/%)	Média (\pm desvio-padrão)
Principal motivo da restrição:		
Condição Física	21 (70,0%)	
Condição Cognitiva	8 (26,6%)	
Condição Comportamental	1 (3,4%)	
Forma de identificação da demanda por visita		
Retorno de internação	2 (6,7%)	
Visita do ACS	8 (26,7%)	
Solicitação do usuário/cuidador	6 (20,0%)	
Não recebe visita atualmente	14 (46,6%)	
Há quantos meses é restrito ao domicílio:		62,10 ($\pm 44,32$)
Tem cuidador:		
Sim	30 (100%)	
Não		
Quem é o cuidador principal:		
Filho/Filha	17 (56,7%)	
Cônjuge	4 (13,3%)	
Outros parentes	6 (20,0%)	
Cuidador contratado	3 (10,0%)	

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 3 traz os procedimentos realizados nestas visitas. Entre as 21 pessoas idosas que recebem atualmente ou já receberam visitas, 16 responderam as informações sobre os procedimentos realizados pela equipe. Pessoas idosas que pararam de receber a visita há mais

tempo ou que houve troca do cuidador, afirmaram não lembrar das informações e suas respostas não foram consideradas. A maioria dos entrevistados relataram a realização dos procedimentos pela EqSF e que estão satisfeitos com as visitas.

Tabela 3 – Caracterização dos procedimentos realizados nas visitas domiciliares realizadas pelas EqSF (n = 16)

Variável	Frequência (n/%)
Mensuração de Glicemia	
Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Avaliação de Ferida	
Sim	1 (6,2%)
Não	0 (0,0%)
Não tem ferida	15 (93,8%)
Avaliação de Úlcera de Pressão	
Sim	2 (12,5%)
Não	0 (0,0%)
Não possui úlcera de pressão	14 (87,5%)
Avaliação da realização de AVD	
Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Avaliação de Mobilidade	
Sim	14 (87,5%)
Não	2 (12,5%)
Avaliação da Umidade	
Sim	2 (12,5%)
Não	2 (12,5%)
Não usa fralda	12 (75,0%)
Realiza procedimentos invasivos	
Sim	10 (62,5%)
Não	6 (37,5%)
Recebe orientações de forma geral	
Sim	15 (93,75%)
Não	1 (6,25%)
Recebe orientações sobre alimentação	

Sim	9 (56,25%)
Não	7 (43,75%)
Recebe orientações sobre mudança de decúbito	
Sim	1 (6,25%)
Não	3 (18,75%)
Não é restrito ao leito	12 (75,0%)
Recebe orientações sobre prevenção de acidentes domésticos (Quedas)	
Sim	8 (50,0%)
Não	8 (50,0%)
Está satisfeito com as visitas recebidas	
Sim	15 (93,75%)
Não	1 (6,25%)

Fonte: elaborada pelos autores

Discussão

O presente estudo encontrou uma média de idade de 79,53 ($\pm 8,99$) anos, maioria mulheres, casados ou viúvos. A doença crônica mais comum foi a Hipertensão Arterial. A média de tempo de restrição foi 62,10 ($\pm 44,32$), maioria por condição física, todos têm cuidador, principalmente filhos. Cerca de 70,0% das pessoas idosas recebem ou já receberam visita domiciliar de pelo menos um profissional da EqSF e 30% nunca receberam. As pessoas idosas que tiveram as visitas interrompidas totalizam 42,8%. Em relação aos profissionais que realizaram as visitas, 61,9% receberam a visita do Enfermeiro, 14,2% do Técnico de Enfermagem, 76,2% do médico e 47,6% do Agente Comunitário de Saúde. A maioria das pessoas idosas ou cuidadores relataram a realização dos procedimentos pela EqSF e estão satisfeitas com as visitas.

Os achados do atual estudo são semelhantes aos encontrados na literatura. Ursine; Cordeiro; Moraes, (2011) mapearam as pessoas idosas restritas ao domicílio de Belo Horizonte (MG) e também encontraram o maior número de mulheres, com idade média de 80 anos e em sua maioria não moram sozinhas, com baixa escolaridade e muitos que nunca frequentaram a escola³. Em Salvador (BA) também foi encontrado perfil semelhante, em amostra, com maioria mulheres, com uma média de idade de 70,04 anos, incluindo pessoas idosas restritas e não restritas¹. Faria et al, (2019) também estudou pessoas idosas restritas em Juiz de Fora (MG) encontrou predominância de mulheres com a média de idade de 80,17¹¹. Isso destaca a feminilização da população idosa, e o desafio que, apesar da longevidade, as idosas são alvos do maior número de comorbidades, o que resulta em perda de autonomia e

maior dependência¹². A condição de saúde mais encontrada no presente estudo foi hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como em outros estudos nacionais. A prevalência de HAS em pessoas idosas, tanto restritos quanto não restritos, é alta, variando entre 59,4% e 60,5%^{1,3,13,14}. O presente estudo apresentou uma média de comorbidades de 5,26 ($\pm 1,98$) para pessoas idosas em restrição, o que é alto quando comparado às pessoas idosas de forma geral no estudo de Augusto, que encontrou no máximo 2 doenças crônicas por pessoa idosa¹³. Um ponto importante a ser abordado é que a população que possui um perfil de múltiplas comorbidades é mais vulnerável a incapacidades físicas e mentais e suscetível a restrição ao domicílio, o que demanda mais atenção dos serviços de saúde^{12,15}.

O motivo principal de restrição ao domicílio neste estudo é de natureza física, como redução da mobilidade, O Acidente Vascular Encefálico (AVE) e problemas com a acuidade visual, seguidos de problemas de cognição relacionados à saúde mental e Alzheimer são os principais causadores de dependência física, corroborando os resultados do presente estudo^{1,2,16}. Em relação ao cuidador, constatou-se no presente estudo que todos eles têm cuidador e em sua maioria filhos, como encontrado por Ursine, Cordeiro, Moraes (2011), que identificou que as pessoas idosas restritas residem com o próprio núcleo familiar³.

Os procedimentos realizados pela EqSF na visita domiciliar à pessoa idosa foram avaliados de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁰. Foi possível perceber que os procedimentos para avaliação de glicemia, feridas, úlceras, Atividades de Vida Diária (AVD), mobilidade, cognição, umidade e procedimentos invasivos, quando necessários, além de orientações gerais sobre alimentação, mudança de decúbito e prevenção de acidentes domésticos eram realizados pelas equipes. Entretanto, muitos não tiveram continuidade do cuidado e pararam de receber visitas durante longos períodos de tempo e 30% das pessoas avaliadas restritas não tiveram acesso ao cuidado em ambiente domiciliar. Esta informação contrapõe os objetivos da APS longitudinalidade e coordenação do cuidado, que abordam justamente a continuidade de cuidado e a criação de vínculo entre usuário e UBS^{6,7}.

Os profissionais da EqSF que participaram de uma pesquisa sobre os procedimentos realizados durante a visita domiciliar em uma cidade do interior da Bahia explicitaram as limitações e dificuldades de transporte até a casa do usuário para realização de um cuidado integral¹⁷. O estudo também identificou que os procedimentos mais realizados nas visitas domiciliares eram trocas de curativos seguidos de aferição de PA,

acompanhamento e consultas¹⁷. No presente estudo, os procedimentos mais realizados foram a avaliação de estado cognitivo e mobilidade, além das orientações de forma geral e 62,5% das visitas realizaram algum tipo de procedimento invasivo. Destaca-se também a pouca ocorrência de feridas e lesões na população do presente estudo.

Espera-se que a necessidade de visitas domiciliares sejam reconhecidas através dos ACS, podendo ser solicitadas pelos usuários/familiares ou por outra instituição de nível secundário ou terciário¹⁰. Santos analisou a visão dos usuários da ESF sobre a visita domiciliar e constatou que os ACS são os profissionais que mais realizam visitas domiciliares. No presente estudo, os ACS foram responsáveis por identificar a necessidade de visita da maior parte dos participantes, o que vai de acordo ao preconizado e o médico foi o profissional que mais participou das visitas, seguido pela enfermagem. Este fato pode ser explicado pela população ainda ter uma visão do modelo biomédico com foco somente na cura de doenças, o que pode sugerir um comprometimento da integralidade do serviço oferecido^{16,18}.

Em relação a satisfação do usuário, o estudo obteve que a maior parte dos participantes está satisfeita com as visitas recebidas, assim como no estudo de Augusto et al (2019), que relacionou a percepção dos atributos com a satisfação e observou que as pessoas idosas comunitárias residentes em Belo Horizonte (MG) possuem uma boa percepção da APS na maioria das características avaliadas¹³. O estudo de Batista; Almeida; Limeira (2021) também buscou avaliar as visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro às pessoas idosas e observou a satisfação dos participantes com as visitas recebidas, mesmo entre os que não eram restritos²⁰. Em contrapartida, dois estudos realizados nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul avaliaram os atributos da APS sob a percepção de usuários adultos e obtiveram escores inferiores ao esperado, indicando insatisfação dos usuários^{7,20}. Este resultado se deu principalmente pela dificuldade de acesso, vínculo e comunicação do usuário com a UBS, além de desconhecerem o direito de receber visitas domiciliares e os demais serviços oferecidos pela UBS^{7,20} desafios que precisam ser superados inclusive na realidade do presente estudo, onde muitas pessoas idosas nunca receberam visita ou deixaram de receber, prejudicando a percepção dos atributos entre eles.

O estudo apresenta limitações como amostra reduzida devido aos cadastros de idosos restritos desatualizados que incluíam pessoas não idosas ou já falecidas, que foram excluídas, reforçando a necessidade de mais estudos com amostras maiores sobre o tema.

A pesquisa torna-se relevante devido à escassez de literatura sobre a relação da APS, visitas

domiciliares e sua relação com as ações da ESF a partir do preconizado. De certo, trará contribuições para o serviço e para a prática dos profissionais da APS no sentido de fortalecer a importância e estimular a realização da visita domiciliar enquanto instrumento essencial para assistência qualificada a pessoa idosa e garantidora dos princípios doutrinários do sistema único de saúde e da efetivação do Direito Humano à Saúde.

Considerações Finais

É possível concluir que a Equipe de Saúde da Família em sua maioria realiza os procedimentos preconizados pelo ministério da saúde durante as visitas domiciliares à pessoa idosa restrita ao domicílio e de forma satisfatória para o usuário. O obstáculo da equipe se dá em relação à continuidade do cuidado, devido a grande quantidade de interrupções identificadas, e na maior abrangência da identificação das pessoas idosas que necessitam de visitas domiciliares.

Torna-se relevante mais estudos acerca do tema, principalmente direcionados a população idosa restrita ao domicílio, além disso destaca-se a importância de viabilizar a participação social a fim de melhorar da comunicação e vínculo entre UBS e pacientes, disseminar serviços ofertados pela APS de forma abrangente e eficaz.

Referências

1. Soledade MS, Rodrigues JC, Machado MLG, Oliveira MG. Prevalência de Idosos Restritos em uma Comunidade de Salvador, Bahia. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jun. 26];18(0). Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/5916>
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral: [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2023 Jun 25];Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
3. Ursine PGS, Cordeiro H de A, Moraes CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2011 [acesso em 2023 Jun. 25]; 16:2953–62. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600033>
4. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva. [internet]. 2021 [acesso em 2023 Jun. 25]; 26:2543–56. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
5. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. [internet]. 2002 [acesso em 2023 Jun. 25]; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun. 20]; Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjAwMg==>
7. Silva CB da, Santos EP dos, Gomes L dos S, Santos VCF dos, Ferreira GE. Atributos essenciais: fundamentalidade da avaliação para a qualidade da atenção primária à saúde. Brazilian Journal of Development. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Nov. 20];9(2):6595–611.doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-031>
8. Sousa NCB, Silva PS da. Cuidados realizados pelo enfermeiro da atenção primária à saúde ao idoso no espaço domiciliar. Enfermagem em Foco [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Jun. 23];12(6). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4704>
9. Silva JL da, Marins AM da F, Silva RMCRA, Pereira ER, Oliveira FT de. A Satisfação da Assistência Prestada ao Idoso na Atenção Primária à Saúde: Considerações de Enfermagem. Epitaya E-books. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Jun. 23];1(11):9–18. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1>
10. Ministério, Saúde. Cadernos de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 2006 [acesso em 2023 Jun 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
11. Faria J de O, Floresta AC de G, Pedro L de S, Machado MLSM. Sistematização do cuidado direcionado aos idosos atendidos no domicílio. Revista de Enfermagem do

- Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];9. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3017>
12. Amaral FLJ dos S, Motta MHA, Silva LPG da, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2012 [acesso em 2023 Ago. 16];17:2991–3001. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>
 13. Augusto DK, Lima-Costa MF, Macinko J, Peixoto SV. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];28:e2018128. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100017>
 14. Lourenço RA, Moreira VG, Banhato EFC, Guedes DV, Silva KCA da, Delgado FE da F, et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Ago. 16];24(1):35–44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>
 15. Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM, Coxon D, Zanetti ML, Zanetti ACG, Franco LJ, et al. (2017) Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). [Internet]. 2013 [acesso em 2023 Ago. 17] 12(2): e0171813. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171813>.
 16. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJE de S, Garcia Júnior CAS, Matos CC de SA, Pascoal MD de HA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Ago.16];26:99–108. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
 17. Lima RA dos SS, Lopes AOS. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. *ID on line Revista de psicologia*. [Internet]. 2016 [acesso em 2023 Ago.16];10(32):199–213. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v10i32.580>
 18. Santos KP dos, Bernardinelli FMM, Santos FX dos, Crivelaro PM da S, Fidelis FAM, Bastos VC do N, et al. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Ago.18];9(1):4439–45. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-305>
 19. Batista GB, Almeida LA, Limeira CP da S. Visita Domiciliar do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Sob o Olhar do Idoso / Nurses' Home Visit in the Family Health Strategy: From the Perspective of the Elderly. *ID on line Revista de psicologia*. [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Ago.18];15(56):70–87. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3138/0>
 20. dos Santos LS, da Silva CB, de Lima Trindade L, Galli K da SB, Bergamin E, Heinz MK. Atributos derivados da atenção primária à saúde: Avaliação por usuários. *Seven Editora*. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Ago.18];734–44. doi: <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-058>