



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



PROJETO DE PESQUISA

**Assistência domiciliar a idosos: determinantes da necessidade
e do desempenho dos serviços de atenção básica.**

DOUTORANDA: Elaine Thumé

ORIENTADOR: Luiz Augusto Facchini

Pelotas – RS, 2008

Resumo

Introdução: O crescimento da população idosa em âmbito mundial é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades crônicas e incapacidades, gerando a necessidade de maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Portanto, o modelo assistencial dos serviços de atenção básica à saúde precisa adequar-se a esta nova demanda e, ao manter a vigilância no território, identificar precocemente idosos em situação de incapacidade e fragilidade.

Objetivos: Avaliar a assistência domiciliar a idosos, com ênfase nos determinantes da necessidade desse cuidado e do desempenho dos serviços de atenção básica.

Métodos: O delineamento proposto é o de um estudo transversal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde da zona urbana do município de Bagé, RS. A população-alvo do estudo é constituída por indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

Relevância: Os resultados do estudo poderão contribuir para a avaliação dos serviços prestados atualmente e também para o planejamento e a implementação da assistência domiciliar ao idoso na rede básica de saúde. Diante da necessidade da ampliação do conhecimento acadêmico e de subsídio para a formação de novos profissionais, os resultados também poderão ser utilizados para a adequação de currículos, metodologias e material didático.

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MS – Ministério da Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

OMS – Organização Mundial da Saúde

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

URCAMP – Universidade da Região da Campanha

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

DEFINIÇÃO DE TERMOS

1. **Acolhimento:** dispositivo organizacional dos processos de trabalho para receber a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e pactuando respostas mais adequadas às demandas (MS, 2006a).
2. **Atenção Básica:** conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (MS, 2006a).
3. **Atenção domiciliar:** termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio (ANVISA, 2006). Integra as modalidades específicas de assistência e internação domiciliar (MS, 2006a).
4. **Atendimento ou Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio (ANVISA, 2006). A OMS define Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos” (Lopes, 2003). Neste trabalho o termo cuidado domiciliar será utilizado com o mesmo significado de assistência domiciliar.
5. **Atividades de Vida Diária (AVD):** atividades do indivíduo relacionadas ao autocuidado, contemplando a capacidade para alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas (MS, 2006a).
6. **Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD):** atividades do indivíduo relacionadas à participação em seu entorno social, de modo independente, incluindo a utilização de meios de transporte, a manipulação de medicamentos, a realização de compras e de tarefas domésticas leves e pesadas, a utilização de telefone, a preparação de refeições e o cuidado das próprias finanças (MS, 2006a).

7. **Autonomia:** definida como auto-governo, auto-determinação e liberdade do indivíduo para agir e tomar decisões (MS, 2006a).
8. **Capacidade Funcional:** capacidade do indivíduo para executar tarefas físicas, preservar atividade mental e a se integrar socialmente.
9. **Cuidador:** indivíduo que presta cuidados à pessoa idosa com alguma incapacidade funcional, independente de remuneração e vínculo familiar (MS, 2006a).
10. **Equipe multiprofissional de atenção domiciliar:** profissionais vinculados a serviços e programas de saúde que prestam assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao indivíduo em seu domicílio.
11. **Saúde da Família:** estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através de equipes multiprofissionais localizadas em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade, contemplando o domicílio como espaço de atuação (MS, 2006b).
12. **Idoso:** Indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).
13. **Independência:** termo utilizado para designar a capacidade de realizar as atividades da vida diária sem ajuda de outra pessoa (MS, 2006a).
14. **Internação domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio a indivíduos clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, por equipe exclusiva para este fim (MS, 2006b).
15. **Unidade Saúde da Família:** unidade básica de saúde na qual o modelo assistencial proposto é o da estratégia Saúde da Família, com equipe formada, no mínimo, por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
16. **Unidade de Saúde Tradicional:** unidade básica de saúde, sem definição de uma equipe mínima, com oferta de atendimento de especialidades médicas básicas e ênfase no atendimento à demanda espontânea.

1 Introdução

O crescimento da população idosa em âmbito mundial é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades e incapacidades, gerando a necessidade de rever as políticas públicas no setor, com maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar (Onder, 2007; Hoskins, 2005; Sahlen, 2006). Este estudo se propõe a avaliar a assistência domiciliar a idosos, com ênfase nos determinantes da necessidade desse cuidado e do desempenho dos serviços de atenção básica.

A prática da assistência domiciliar tem acompanhado a evolução do conhecimento científico, as tecnologias disponíveis e as mudanças socioeconômicas dos diferentes países. O processo de industrialização aliado às descobertas científicas teve repercussões diretas sobre o local e a forma de prestação dos cuidados aos indivíduos doentes, destacando os hospitais como locais de alta densidade tecnológica e escolha preferencial para os cuidados curativos. Entretanto, o crescente custo das práticas médicas, a mudança no perfil de morbidade e mortalidade e o envelhecimento populacional têm resgatado e valorizado o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, numa perspectiva de humanização das práticas de saúde (Amaral, 2001; Tavolari, 2001; Duarte, 2005).

A discussão sobre a assistência domiciliar foi reforçada no Sistema Único de Saúde (SUS) com a estratégia de Saúde da Família (ESF), numa postura pró-ativa, não focada apenas na demanda espontânea de assistência domiciliar. A proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) é a detecção precoce das populações em situação de vulnerabilidade e a realização da promoção da saúde, prevenção de agravos e a recuperação da autonomia e da independência. A ênfase da PNSPI é a de manter o idoso na comunidade, junto à família, da forma mais digna e confortável possível, com o suporte de equipes de saúde multidisciplinares em território geograficamente definido (Karsch, 2003; MS, 2006b; 2006d; Rehen, 2005). Nesta perspectiva, a ESF teria o potencial de ampliar o vínculo dos idosos com o sistema de saúde, favorecendo a integralidade da atenção (Silvestre, 2003; Mendes Junior, 2000; MS, 2006c).

Nos últimos vinte anos, vários autores têm discutido as transformações e conseqüências do envelhecimento para a sociedade e para o sistema de saúde (Ramos,

1987; Veras, 1987; Kalache, 1987; Lima-Costa, 2003; Litvoc, 2004). Neste período, os avanços no conhecimento foram significativos. Entretanto ainda permanecem lacunas a serem exploradas, entre elas, a identificação da necessidade de assistência aos idosos no domicílio e seus determinantes. Igualmente, são escassos os estudos sobre a capacidade de resposta dos serviços de atenção básica, das famílias e da rede social de apoio (Giacomin, 2005).

1.1 Revisão Bibliográfica

O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos sobre cuidado domiciliar e a participação dos serviços de atenção básica no seu atendimento. As buscas foram realizadas em bases de dados referenciais PubMed e Lilacs, portal de revistas on-line Scielo, portal do Envelhecimento da PUC-SP, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde, Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e Google Acadêmico. Foram consultadas também, através de listagem disponibilizada no site da UNATI, teses e dissertações sobre a saúde da população idosa. Além disso, ainda foram consultados livros sobre a saúde dos idosos no Brasil e no exterior. Por fim, através da leitura dos artigos na íntegra e das referências bibliográficas de cada um, novos trabalhos foram selecionados. As diretrizes da PNSPI e os princípios da atenção básica serviram como referência na busca de subsídios para a discussão da temática proposta.

Para localizar estudos relevantes nas bases de dados bibliográficas utilizou-se o recurso limite: período de 10 anos (1997-2007), idiomas espanhol, inglês e português, e estudos que focassem indivíduos com idade acima de 45 anos. Os termos utilizados foram: *aging health, caregiver, demographic aging, elderly population, fragility, frail elderly, health service for aged, health services, home care, home nursing, primary health care, public health.*

Ao final deste processo, foram recuperados 4.961 resumos para serem lidos e avaliados. Descartaram-se os artigos referentes à temática não compatível com o projeto proposto, os que enfatizam a saúde dos cuidadores, estudos com população inferior a 20 participantes e abordagens qualitativas. Também foram avaliados os títulos e os resumos de 1752 teses e dissertações, das quais foram selecionadas 194 (três de livre docência, 60 teses de doutorado e 131 dissertações de mestrado). A maior parte delas é

de pesquisadores vinculados a instituições dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

Ao final, restaram 784 publicações, que foram classificadas de acordo com a temática: documentos de órgãos nacionais e internacionais sobre organização de políticas e programas de atenção (n=69), envelhecimento (n=116), utilização de serviços de saúde (n=56), fragilização (n=37), experiências internacionais e nacionais no cuidado domiciliar (n=133), capacidade funcional (n=68), custo (n=33), autopercepção da situação de saúde (n=10), atividade física (n=24); instrumentos utilizados (n=93); e estudos específicos sobre as morbidades associadas ao envelhecimento (n=145).

A revisão bibliográfica apresentada em continuação, destaca aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento; os determinantes da necessidade de assistência domiciliar, com ênfase para doenças crônicas, incapacidade funcional e fragilidade; e estratégias dos serviços de saúde na assistência domiciliar de idosos e no apoio à família.

1.2 Envelhecimento populacional

1.2.1 Aspectos demográficos

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela redução no número de crianças e jovens e pelo aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. A definição de uma idade cronológica é utilizada para orientar a população alvo, objeto de uma determinada política de saúde ou de assistência social, com variações entre os países. A OMS considera idoso àqueles indivíduos com 60 anos ou mais de idade. No Brasil, esta recomendação é adotada na PNSPI (MS, 2006d).

No início do século XX havia no mundo 600 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Na maioria dos países desenvolvidos, a diferença média na expectativa de vida entre homens e mulheres situava-se entre cinco e oito anos (média de 7,4 anos). Nos países em desenvolvimento, a diferença média estava em torno de cinco anos (Murray, 1996).

A esperança de vida ao nascer no Brasil, em 1990 era de 66,6 anos, em 2005 passou para 71,6 anos. O número de pessoas de 60 anos ou mais passou de três milhões para 7 milhões, entre 1960 e 1975, e em 2006, era de 17 milhões, correspondendo a

quase 10% da população brasileira. No período de 1995 e 2005, a população idosa aumentou em mais de cinco milhões de pessoas (MS, 2006a; Veras, 2007). Para 2025, as projeções estimam que os idosos brasileiros totalizarão mais de 33 milhões, ocupando a 5ª posição entre os países com população total acima de 100 milhões, ficando atrás apenas da China, Índia, Estados Unidos e Indonésia (WHO, 2005; 2007).

O grupo que mais cresce é o de idosos com 80 anos ou mais. Os países europeus concentram a maior proporção nesta faixa etária (na Suécia a proporção é próxima a 5%), enquanto na China existe o maior número, aproximadamente 10,5 milhões (WHO, 2001). No Brasil, os octagenários totalizam mais de 2,4 milhões de pessoas. Nas regiões metropolitanas de Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, o número de idosas acima de 80 anos é mais que o dobro do de homens, indicando uma concentração feminina nos grandes centros urbanos. Os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul apresentam a maior proporção de idosos, com 14% e 12%, respectivamente (IBGE, 2006).

O envelhecimento populacional, associado as modificações econômicas e sociais que acompanham a industrialização e a modernização das sociedades, tem afetado a constituição das famílias em todo mundo, independente do contexto cultural. A estrutura familiar está em constante transformação e modificou-se, principalmente, em relação à composição, ao tamanho, aos papéis sociais tradicionais e a algumas funções familiares (Rosa, 2004; Angelo, 2005; Serapioni, 2005).

No Brasil, o tamanho médio das famílias apresentou redução nas últimas décadas e, apesar da tendência decrescente, o tamanho médio de uma família de idoso, em 2000, era de 3,3 pessoas. As estruturas domiciliares são marcadas pela convivência de gerações, sendo a co-residência entre idosos e filhos uma prática generalizada nos arranjos familiares, independente do idoso ser ou não o chefe da família. Esta prática pode ocorrer devido ao adiamento da saída dos filhos por questões econômicas, como também pela inserção do idoso na residência dos filhos, decorrente da necessidade de cuidados, o que varia de acordo com o contexto cultural (Camarano, 2004).

Entre os anos de 1980 e 2000, foi observado um aumento na proporção de idosos que recebem benefícios da seguridade social (55% e 77%, respectivamente). Também foi observada uma tendência crescente no percentual de mulheres idosas exercendo a chefia das famílias (27% em 1980 e 37% em 2000) (Camarano, 2004).

1.2.2 Aspectos epidemiológicos

As condições crônicas são responsáveis por 60% do ônus decorrente de doenças no mundo e têm potencial para se tornarem a primeira causa de incapacidades até o ano 2020. Nesta classificação estão incluídas as doenças não transmissíveis (diabetes, câncer, doenças cardiovasculares), as doenças transmissíveis persistentes (HIV/AIDS), os distúrbios mentais de longo prazo (depressão e demência) e as deficiências físicas (amputações, cegueira e transtornos das articulações) (OMS, 2003).

As doenças cardiovasculares representam a causa mais comum de morte nos idosos, em ambos os sexos, na maioria dos países. As doenças coronarianas e o infarto são as maiores causas de mortes e de incapacidades nos idosos do sexo masculino. Aproximadamente 52 milhões de morte ocorrem em todo mundo a cada ano, 39 milhões destas em países em desenvolvimento. Ao todo, há mais mortes por doenças coronarianas (5,2 milhões) do que infarto (4,6 milhões) (WHO, 1999).

No Brasil, do ponto de vista da morbimortalidade, observa-se uma carga dupla de doenças. As doenças cardiovasculares e as neoplasias aparecem como a primeira e segunda causa de óbito (31% e 17% do total, respectivamente), aproximando-se ao observado em países desenvolvidos. Entretanto, persistem algumas doenças infecciosas e parasitárias, surgem novas epidemias e há o recrudescimento de outras, como a dengue e as leishmanioses em áreas urbanas (Silva Júnior, 2003).

A hierarquia das principais causas de mortalidade entre idosos no Brasil não se modificou nos últimos 20 anos. Entretanto, algumas mudanças puderam ser observadas no período de 1980 a 2000. Houve declínio constante e acentuado nas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e um aumento gradativo nas taxas de mortalidade por neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Essas tendências foram consistentemente observadas em ambos os sexos, assim como nas três faixas etárias investigadas (60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos e mais) (Lima-Costa, 2004).

A redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório tem sido observada em vários países do mundo desenvolvido como consequência, entre outros fatores, de mudanças no estilo de vida e melhoria da tecnologia para prevenção e tratamento dessas doenças (WHO, 2001). Ainda assim, as análises de tendência indicam que esse grupo continuará representando a principal causa de óbito nessa população, por um longo tempo (Lima-Costa, 2004).

No Quadro 1 (Apêndice 1), estão disponibilizados os principais resultados de estudos epidemiológicos realizados no Brasil, nos últimos 15 anos. Descreve a população idosa em termos sócio-demográficos, de capacidade funcional, percepção de saúde e morbidades auto-referidas.

1.3 Determinantes da necessidade de assistência domiciliar

Os determinantes da necessidade de assistência domiciliar são variados e complexos. Na revisão da literatura, destacam-se problemas crônicos de saúde, incapacidades funcionais e instrumentais para atividades da vida diária (AVD e AIVD), além das condições de “fragilidade” (Kamenski, 2006; Tousignant, 2007; Hogan, 2003; Fried, 2001).

1.3.1 Condições crônicas

Estudo realizado por Kamenski (2006), na Áustria, com delineamento transversal em dois diferentes períodos (1997 e 2004), identificou como principais causas da necessidade de cuidados domiciliares as doenças degenerativas do sistema nervoso central (SNC) e as doenças do sistema esquelético, com 65% e 53% dos diagnósticos, respectivamente. Entre as doenças degenerativas do SNC, a doença de Alzheimer foi a mais prevalente, com 37%. Esta prevalência sofreu um incremento de quatro pontos percentuais entre as avaliações de 1997 e 2004. As doenças malignas em fase terminal representaram apenas 5% dos casos. O público alvo do cuidado domiciliar era composto majoritariamente (mais de dois terços) por mulheres, e a média de idade foi de 80 anos.

Segura Noguera (2003), em estudo realizado na Espanha, ao avaliar os principais diagnósticos dos doentes inscritos no programa de atenção domiciliar no período de 1994 a 2002, observou a predominância das doenças crônicas (78%), seguido de doenças terminais (8%) e síndromes demenciais (6%). Os atendimentos domiciliares transitórios representaram 6%. As patologias mais predominantes foram as cardiovasculares (24%), osteoarticulares (17%); neurológicas (16%); endócrinas (13%), problemas respiratórios e neoplasias (7%). A incontinência urinária estava presente em 27% dos casos e 5% apresentavam úlceras de decúbito. Na análise de sobrevivência, os fatores que mostraram maior risco foram: ser do sexo masculino (RR=1,67); ter necessidade de estar acompanhado (RR=2,39); ter pior grau de autonomia (dependência

parcial RR=1,63; dependência total RR=3,54), ser portador de neoplasia (RR=7,72) e pior estado cognitivo (leve-moderado, RR= 1,74; severo, RR= 2,71).

Também na Espanha, Requena López (2001) ao analisar o primeiro ano de funcionamento de uma equipe de suporte ao cuidado domiciliar, verificou que os principais diagnósticos dos idosos atendidos foram: doenças neurológicas (37%), entre estas, principalmente as seqüelas de AVC (43%) e síndromes demencias (27%); neoplasias (35%); doenças osteoarticulares (5%); cardiovasculares (4%). Do total de pacientes acompanhados, 66% estavam imobilizados e 34% em situação terminal.

Lindsay (2004), no estudo canadense sobre saúde e envelhecimento, encontrou uma prevalência de 8% de demência na população com 65 ou mais de idade, com diferenças significativas entre os diferentes grupos de idade. Na população entre 65 e 74 anos a prevalência foi de 2%; aumentando para 11%, entre 75 e 84 anos, e 35% a partir dos 85 anos. A doença de Alzheimer era responsável por praticamente dois terços dos casos (64%) de demência, sendo mais do que o dobro dos casos em mulheres. Estima-se uma incidência de demência em torno de 2% ao ano na população de 65 anos ou mais, com pequenas diferenças nas taxas de incidência entre homens e mulheres.

De acordo com a OMS (WHO, 2005), as principais doenças crônicas que afetam a capacidade funcional dos idosos e, portanto, com potencial para determinar a necessidade de cuidado domiciliar, são as doenças cardiovasculares (doença coronariana, infarto), seguida de hipertensão, derrame, diabetes, cânceres, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (artrite e osteoporose), doenças mentais e a cegueira ou diminuição da visão.

1.3.2 Incapacidade funcional

A avaliação da capacidade funcional é utilizada para verificar o grau de autonomia dos indivíduos na realização de atividades comuns da vida diária. A independência permite ao idoso responder por si no espaço de seu domicílio. Portanto, a dificuldade ou incapacidade na realização dessas tarefas representa risco elevado para a perda da autonomia e um marcador importante para a necessidade de cuidado domiciliar (Ramos, 2003; Lima-Costa 2003; Giacomini, 2005; Pavarini, 2005; Segura Noguera, 2003; Ottenbacher, 2005; Tousignant, 2007; Ishizaki, 2006; Onder, 2007).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade funcional em cifras que variam de 2 a 48% (Coelho Filho, 1999; Lima-

Costa, 2003; Rosa, 2003), dependendo da idade e do sexo. Na pesquisa coordenada por Ramos (2003), em São Paulo (Projeto EPIDOSO), cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisavam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e 10% necessitavam de ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas. Após dois anos de acompanhamento, a taxa de mortalidade por todas as causas foi de quase 10%. As variáveis sexo, idade, hospitalização prévia e positividade nos rastreamentos para déficit cognitivo e dependência no dia-a-dia, mantiveram um efeito independente e significativo no risco de morte após análise multivariada.

Tousignant (2007), ao avaliar a adequação entre os cuidados domiciliares necessários e os efetivamente prestados por 19 centros de serviços comunitários de Québec, no Canadá, propôs a utilização de perfis de incapacidade funcional. A capacidade funcional dos idosos foi classificada em um dos 14 perfis do Iso-SMAF (Functional Autonomy Measurement System) (Hébert, 2001; Tousignant, 2007; Dubuc, 2005). Cada perfil está associado com uma necessidade específica de cuidado domiciliar pelo pessoal da enfermagem, cuidadores domiciliares e serviços de suporte. O número de horas necessárias de cuidado para cada perfil foi estabelecido e comparado com o número de horas de cuidado efetivamente prestado. Os 14 perfis reagrupados em quatro categorias demonstraram que, em média, 46% dos idosos apresentavam incapacidades relacionadas a AIVD, 36% apresentaram perfil com predominância de incapacidades motoras, 14% predominavam incapacidades mentais e os demais 4% apresentavam incapacidades severas com múltiplas implicações. O estudo observou que apenas 8% da necessidade de cuidados era fornecida pelos serviços de saúde. Os autores acreditam que uma taxa de 20% seria adequada, uma vez que a maior parte dos cuidados é realizada pelos familiares (70%) e por organizações comunitárias de apoio.

A avaliação da capacidade funcional e cognitiva foi utilizada por Giacomini (2005), na cidade de Bambuí-MG, para verificar a necessidade de cuidador domiciliar de idosos. A prevalência de necessidade de cuidado domiciliar foi de 23% e a necessidade da presença de cuidador aumentou com a idade, com o fato de morar sozinho, com a baixa escolaridade e renda (79% dos que necessitam de cuidador tinham renda familiar menor do que dois salários mínimos).

1.3.3 Fragilidade

O conceito de “fragilidade” tem sido proposto, no âmbito da pesquisa e dos sistemas de saúde, para estabelecer as situações que requerem atendimento dos idosos em seus domicílios e para compreender seus principais determinantes.

Há um extenso debate na literatura sobre a utilização deste termo e não há um consenso entre os autores. Portanto, os resultados dos estudos sobre a situação de fragilidade dependem dos critérios utilizados na sua definição (Breda, 2007; Hogan, 2003; Blaum, 2005; Fried, 2001). A definição de fragilidade tem variado conforme a área de conhecimento e o recorte do objeto de estudo. Na medicina, tem sido definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio acelerado dos sistemas fisiológicos; na sociologia, como uma condição de segregação; na psicologia, como um período de luto; e na terapia ocupacional, como dificuldade para a realização das atividades da vida diária (AVDs) (Teixeira, 2006).

O uso crescente do termo “fragilidade” tem exigido um esforço conjunto de diversos autores no sentido de identificar modelos, definições e critérios para o seu reconhecimento (Ottenbacher, 2005). É importante diferenciar fragilidade de incapacidade. A incapacidade não envolve múltiplos sistemas orgânicos; na verdade, apenas 28% das pessoas com incapacidades para a AVD ou AIVD são frágeis.

A fragilidade como uma síndrome, se caracteriza por perda de peso ou peso insuficiente, perda de massa muscular, fadiga, incapacidade de realizar as atividades da vida diária, perda da força de prensão e baixa atividade física (Winograd, 2001; Lunney, 2002; Fried, 2001). A síndrome da fragilidade acomete entre 3% a 7% dos idosos dos 65 aos 75 anos e 30% dos idosos acima dos 90 anos. Cerca de 7% dos idosos frágeis não apresentam nenhuma doença e um entre quatro tem apenas uma. A fragilidade pode ocorrer após um evento agudo ou em um estágio final de condições crônicas, tais como a arteriosclerose, infecção, câncer ou depressão. É mais comum em mulheres e representa risco aumentado para doença cardiovascular, hipertensão e câncer.

Operacionalmente, Blaum (2005) considera que a coexistência de pelo menos três dos indicadores acima citados, confirmam a síndrome de fragilidade. Para Griffith (2007), a fragilidade pode ser dividida em dois estágios. A presença de pelo menos três dos sinais característicos de fragilidade caracterizaria o estágio chamado de pré-frágil. As pessoas pré-frágeis são mais propensas a quedas e a institucionalização, além de

desenvolver fragilidade plena. Neste segundo estágio, apresentam declínio funcional, apatia progressiva, diminuição do apetite e morte (Griffith, 2007).

Para operacionalização da PNSPI, o MS considera pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização aquelas que, por qualquer razão, vivem em ILPI, encontram-se acamadas, têm história de hospitalização recente, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional (AVC, síndromes demenciais, etilismo, neoplasia terminal, amputação de membros), tenham pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem situações de violência doméstica. A idade de 75 ou mais também é considerada como critério para fragilidade (MS, 2006d).

No Brasil, um estudo realizado por Veras (2003) avaliou a situação de fragilidade de idosos com 65 anos ou mais que procuraram atendimento ambulatorial, através de um instrumento de triagem baseado nos estudos de Boult e colaboradores (1993), com pontos de corte definidos para classificação do grau de risco. Observou que 11% dos idosos apresentavam risco médio a alto de fragilização (escala de risco 0 a 3). Os fatores de risco pesquisados foram: idade, sexo, disponibilidade de cuidador, autopercepção da saúde, presença de doença cardíaca, presença de diabetes, pernoite hospitalar, consultas médicas nos últimos 12 meses e ocorrência de mais do que duas internações nos últimos quatro anos. Segundo o autor, estas variáveis possibilitam identificar os idosos com potencial de utilização de serviços de saúde de forma intensiva, contemplando maior probabilidade de agravos à saúde, alto risco de hospitalização e maior demanda por serviços de saúde em todos os níveis. A análise de risco mostrou um risco relativo de 1,19 (IC_{95%} 0,82-1,73) para os homens e de 0,84 (IC_{95%} 0,58 – 1,22) para as mulheres. Quanto à idade, o risco mostrou-se maior e estatisticamente significativo para os indivíduos com 80 anos ou mais. O risco de fragilização foi 3,5 vezes maior para os idosos que referiram hospitalização nos últimos 12 meses.

Ottenbacher (2005), com base em um estudo populacional com idosos mexicanos que vivem nos EUA, propôs um modelo preditor de fragilidade de acordo com o sexo. Nos homens, o modelo preditor incluiu quatro variáveis: força dos membros superiores, incapacidade nas atividades da vida diária, existência de comorbidades e escore do status mental ($R^2=0,37$). Nas mulheres, o modelo incluiu três variáveis: força dos membros inferiores, incapacidade nas atividades da vida diária e IMC ($R^2=0,29$). Ao testar o modelo após um ano, na mesma população, foram classificados corretamente 83% dos homens e 79% das mulheres.

A fragilidade é utilizada como marcador sintético de suscetibilidade à morte com efeito multiplicativo no risco de morrer, refletindo predisposições genéticas e efeitos cumulativos de exposições ambientais. No Canadá, os serviços básicos para os idosos com fragilidade incluem a avaliação das necessidades de saúde com o objetivo de estabelecer um plano de cuidados e manejo individualizado do caso (Hogan, 2003).

1.4. Assistência domiciliar de idosos: respostas dos serviços de saúde

1.4.1. Experiências internacionais

No âmbito mundial, as estratégias no cuidado domiciliar de idosos mostram variações em função de diferentes estágios do processo de transição demográfica e epidemiológica, da organização e financiamento do sistema de saúde e em aspectos culturais que determinam, principalmente, a decisão entre a institucionalização e a manutenção do idoso no domicílio junto à família (Duarte, 2005).

O atendimento domiciliar nos países como, por exemplo, os EUA, o Canadá e a Inglaterra, apresentam uma organização mais complexa, em função de um estágio avançado de transição demográfica e epidemiológica (Duarte, 2005). Apesar disso, as pesquisas para avaliação do perfil dos usuários, suas necessidades e da efetividade do serviço prestado são recentes e os autores recomendam maiores investimentos nesta área de modo a subsidiar a tomada de decisão (Tousignant, 2007; Kamenski, 2006). A possibilidade de institucionalização dos idosos é freqüente nos países nórdicos, com taxas de 41% na Suécia e de apenas 2% na Itália. Na Ásia apesar da tendência de queda, a co-residência é uma prática usual, os filhos são responsáveis pelo cuidado dos pais. Nos anos 90 do século XX, entre 70% e 90% dos pais com 60 anos ou mais viviam com um filho adulto (Ofstendal, 1999).

Onder (2007), através de uma coorte retrospectiva, verificou diferenças entre a admissão em casas geriátricas ao comparar diferentes modelos de atenção domiciliar prestado aos idosos em onze países europeus. O modelo chamado de “caso gerenciado”, adotado na Finlândia, Irlanda, Itália, Suécia e no Reino Unido, inclui a integração de serviços sociais e de saúde de diferentes níveis de complexidade e equipe multiprofissional. O modelo tradicional utilizado na República Tcheca, Dinamarca, França, Alemanha, Holanda e Noruega, está baseado somente na assistência domiciliar prestada pelo serviço de saúde, sem articulação com outros serviços ou níveis de

complexidade. Após um ano de acompanhamento dos idosos, foi verificado menor admissão em casa geriátrica, numa razão de odds=0,56 (IC_{95%}=0,43–0,63), entre àqueles que estavam sob o modelo “caso gerenciado”. Estes achados justificam a adoção de modelos que consideram as particularidades das necessidades sociais e de saúde de cada idoso, que podem ser avaliadas através de instrumentos como o Minimum Data Set – Home Care (MDS–HC) (Morris, 1997; Landi, 2000 ; Sorbye, 2005; Onder, 2007).

Sahlen (2006) em estudo realizado na Suécia, através de ensaio randomizado com idosos saudáveis, demonstrou o impacto da realização de visitas domiciliares, com conteúdos previamente estruturados, nas taxas de mortalidade. Durante o período de intervenção o coeficiente de mortalidade foi maior no grupo controle e o efeito desapareceu após cessar a intervenção. O fato dos idosos participarem da intervenção poderia ter levado a um desejável efeito Hawthorne, melhorando a autopercepção da situação de saúde o que seria benéfico para a qualidade de vida. Os autores destacam a realização de visitas domiciliares como estratégia de cuidado aos idosos independente da situação de saúde.

Na avaliação realizada por Kamenski (2006), na Áustria, sobre as características e tendências nos cuidados domiciliares realizados por centros médicos comunitários, os autores concluíram que as visitas e os cuidados domiciliares são importantes estratégias para atender as necessidades dos pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central e músculo-esquelético.

Em Barcelona, o programa de atenção domiciliar (ATDOM) realizado no período de 1993 a 2002, foi avaliado por Segura Noguera (2003). Os autores também analisaram a sobrevivência das pessoas atendidas pelo programa. Entre os indicadores utilizados destacam-se a periodicidade das visitas realizadas pelos profissionais e a cobertura de vacinação contra gripe e contra o tétano. Os autores reafirmam a necessidade de manter registro atualizado sobre os motivos do atendimento, a duração, o tipo de visita, os profissionais envolvidos, os motivos da alta do programa, a caracterização da capacidade funcional e da estrutura de apoio familiar. Foi verificado que apesar de 30% dos idosos serem independentes para as atividades da vida diária, estavam limitados aos domicílios devido à falta de elevadores nos prédios (76%), impossibilitando a ida até os centros de atenção primária. Portanto, as barreiras arquitetônicas se constituem em importante limitação para o deslocamento da população idosa.

O Quadro 2 (Apêndice 2), complementa os dados destes estudos que avaliaram o perfil dos idosos sob cuidado domiciliar e experiências de diferentes abordagens na assistência domiciliar.

1.4.2 Experiências brasileiras

No Brasil, a organização da atenção domiciliar ainda é incipiente, tanto no sistema público quanto na iniciativa privada. A reorganização do modelo de atenção básica, através da ESF, tem aumentado as iniciativas de assistência domiciliar no SUS (Rehen, 2005). Também em serviços privados e contratados pelos SUS há uma tendência crescente de implantação de atenção domiciliar, principalmente na modalidade de internação domiciliar (MS, 2006c). Os estudos disponíveis, geralmente abordagens descritivas e qualitativas, englobam as características das experiências, os critérios de inclusão para acompanhamento domiciliar, a avaliação de risco individual e a demanda atendida (Duarte, 2005; Gonçalves, 2006; Silveira, 2006; Giacomini, 2005).

No SUS, a organização da atenção domiciliar está dividida em assistência e internação. A internação prevê um conjunto de atividades que exigem intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, com equipes de saúde e remuneração dos serviços de forma diferenciada. A assistência domiciliar está vinculada diretamente aos serviços de atenção básica à saúde e compreende um conjunto de serviços realizados no domicílio com o objetivo de dar suporte terapêutico ao paciente e sua família, de forma programada e continuada (MS, 2006a).

Algumas experiências brasileiras consideram elegíveis para a assistência domiciliar os idosos moradores da área de abrangência da UBS; com cuidador de referência; portadores de múltiplas afecções crônicas; que estejam impossibilitados de se deslocar até a UBS por estarem imobilizados, acamados ou não terem quem os acompanhe; que residam sozinhos; que necessitem de acompanhamento pós-alta hospitalar; que sofreram acidentes ou quedas nos últimos seis meses; que usem polifármacos ou não apresentam uma adesão terapêutica adequada; que não possuem uma rede de apoio social ou quando ela não é efetiva; e em situações de intercorrências dos pacientes crônicos ou portadores de doença em fase terminal (Lopes, 2003; Duarte, 2005; BRASIL, 2003).

Na PNSPI, os idosos que apresentem alguma dificuldade nas AIVD são considerados com potencial para desenvolver fragilidade e merecem atenção específica

dos profissionais de saúde, devendo ser acompanhados pelas equipes de saúde com maior frequência, inclusive em seu domicílio (MS, 2006d).

Na assistência domiciliar, Floriani (2004) destaca o apoio a cuidados pessoais nas AVD (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), com a medicação, realização de curativos em ferimentos, escaras, ostomias e outras medidas terapêuticas, além do suporte à realização de exames diagnósticos e de acompanhamento.

Na atenção básica brasileira, a assistência domiciliar é responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde, com atribuições específicas para médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais (Lopes, 2003; MS, 2006a; Duarte, 2005).

A visita domiciliar, estratégia utilizada para monitorar e identificar idosos em situação de fragilidade, não é considerada como assistência domiciliar. Nesta atividade, o agente comunitário de saúde (ACS) desempenha um papel articulador entre os serviços e a comunidade. Ao cadastrar pessoas idosas o ACS poderá identificar e encaminhar o idoso frágil à UBS; priorizar visitas domiciliares aos idosos frágeis ou em processo de fragilização; buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, mantendo a equipe informada; estar em contato permanente com as famílias, e avaliar risco de quedas no domicílio (MS, 2006a).

A alta no atendimento domiciliar poderá ocorrer no caso de mudança da área de abrangência (com transferência entre equipes); na impossibilidade da permanência do cuidador familiar no domicílio; na não aceitação do acompanhamento por parte do idoso e/ou da família; na recuperação das condições de deslocamento do idoso até a unidade de saúde ou no caso de haver piora clínica que justifique uma internação hospitalar ou em caso de óbito (Lopes, 2003; BRASIL, 2003).

1.4.3 A participação da família e a rede de apoio

O sistema informal de apoio, também denominado de cuidado informal, fornecido por parentes, vizinhos, amigos ou instituições comunitárias, tem sido e ainda se constitui no mais importante aspecto de suporte social comunitário (MS, 2002).

Portanto, a organização de uma rede comunitária de cuidados teria o potencial de melhorar a qualidade de vida, a capacidade funcional e a autonomia dos idosos, prevenindo seu ingresso em ILPI (Silvestre & Costa, 2003). Também é fundamental

para o êxito do trabalho dos profissionais da UBS da área. Neste caso, a interação da equipe de saúde com o idoso e sua família, através de ações educativas e assistenciais, poderá potencializar a resolubilidade do sistema informal de cuidado domiciliar.

Estima-se que a família provê entre 80% e 90% do cuidado de seus membros idosos, incluindo os cuidados médicos, de enfermagem, serviços pessoais como transporte e ajuda nas tarefas domésticas e compras, além de ser responsável por iniciar e manter o vínculo com o sistema de cuidado com os serviços de saúde (Kamenski, 2006; Angelo, 2005; Fast, 2003).

Ao delegar a tarefa de cuidar, os profissionais precisam estar atentos à estrutura familiar; ao tipo de cuidado a ser executado; ao tempo necessário; às características da doença; e organizar o apoio da equipe de saúde aos cuidadores (Karsh, 2003; Ângelo, 2005; Rosa, 2004).

Em São Paulo, em estudo realizado com vítimas de AVC, com 50 anos ou mais de idade, foi verificado que em 98% dos casos os cuidadores eram familiares, do sexo feminino (93%), na maioria esposas (44%) e filhas (31%). Cerca de 68% prestava cuidado sem nenhum tipo de ajuda, 39% tinha entre 60 e 80 anos e 62% cuidavam dos idosos nesta mesma faixa etária. Evidenciou também a forte carga de morbidade nos cuidadores, com destaque para dores lombares (41%), depressão (39%), artrite ou reumatismo (37%), problemas cardíacos (10%) e diabetes (5%) (Karsh, 2003).

Fast (2003) em estudo realizado no Canadá com idosos portadores de doenças crônicas verificou que 50% dos cuidados eram realizados por mulheres e, em 28% dos casos, eram exclusivamente prestados por homens. Os familiares respondiam por 78% dos cuidados e 15% eram cuidados apenas por “não-parentes”. Com relação à idade dos cuidadores, 69% tinham menos que 65 anos, mas em 22% dos casos o cuidado era prestado inteiramente por pessoas com idade acima de 65 anos. Um terço (33%) vivia na mesma casa e 56% viviam em casas separadas. Em média, havia dois cuidadores para cada idoso, com variações entre uma a oito pessoas. A cada pessoa a mais na rede de ajuda, o idoso recebia 2,2 horas a mais de cuidado por semana. Os idosos cuidados apenas por mulheres recebiam, em média, cerca de duas horas a mais de cuidado por semana do que àqueles cuidados apenas por homens.

Rosa (2004) chama atenção para o fato de que a literatura sobre apoio social dificilmente enfoca o idoso como cuidador ou provedor de apoio, no entanto, o idoso faz parte de um sistema onde sua função não é apenas de receptora de cuidados, mas também provedora de cuidados, do ponto de vista emocional e econômico.

O cuidado e o interesse das pessoas que compõem a rede de apoio ao indivíduo incapacitado pode ser mais importante para a saúde mental do que a quantidade de suporte instrumental, como fornecimentos de refeições, transportes, suprimentos e serviços domésticos diversos. Wallsten (1999) sugere que existe uma relação direta entre o grau de incapacidade e sintomas depressivos e que o suporte social atenua o efeito da incapacidade na depressão quando a rede de apoio é avaliada positivamente pelo idoso.

2 Justificativa

Nos últimos vinte anos vários autores têm discutido as transformações e conseqüências do envelhecimento para a sociedade brasileira e para o sistema de saúde (Ramos, 1987; Veras, 1987; Kalache, 1987; Lima-Costa, 2003; Litvoc, 2004). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, a PNSPI e o Estatuto do Idoso sintetizam a resposta do Estado e da sociedade, garantindo o cuidado e a atenção integral pelo SUS – (BRASIL, 2003; MS, 2006b). A PNSPI define como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional e sua reabilitação, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços no conhecimento permanecem lacunas a serem exploradas, entre elas, a identificação da necessidade de assistência aos idosos no domicílio e seus determinantes. Igualmente, são escassos os estudos sobre a capacidade de resposta da sociedade a este problema, principalmente no âmbito dos serviços de atenção básica (Pelaez, 2003; Giacomini, 2005; Rehem, 2005 ; Silvestre, 2003).

Uma das dificuldades dos sistemas de saúde é a captação eficiente dos idosos que mais requerem cuidados, justificando a utilização de instrumentos capazes de classificar os idosos em diferentes graus de necessidade, possibilitando a hierarquização dos riscos e contribuindo para o desempenho dos serviços (Veras, 2003). Nesta perspectiva, há uma crescente demanda de avaliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde, em seus arranjos e peculiaridades locais, na efetivação das políticas de saúde e em benefício da população.

Este projeto toma como objeto de estudo a assistência domiciliar a idosos, com ênfase nos determinantes da necessidade desse cuidado e do desempenho dos serviços

de atenção básica. Haverá particular preocupação em identificar fatores capazes de prever o processo de fragilização da saúde, contribuindo para o planejamento e a implementação de uma assistência domiciliar na rede básica de saúde com maior potencial de êxito na melhoria da qualidade de vida da população idosa. Diante da necessidade da ampliação do conhecimento acadêmico e de subsídio para a formação de novos profissionais os resultados poderão ser utilizados para a adequação de currículos, metodologias e material didático, atendendo desta forma, as diretrizes da PNSPI.

Na escolha de Bagé como local de estudo levou-se em consideração a expansão da UFPel na região, através da UNIPAMPA, a opção política do gestor local pela expansão da estratégia Saúde da Família, as experiências prévias no município com a pesquisa do Estudo de Linha de Base do PROESF e a pesquisa sobre internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica. Estas experiências fortaleceram a parceria entre a UFPel, a SMS de Bagé, técnicos da 7ª CRS, além de professores e alunos da URCAMP. Além disso, é um município de porte médio e relativamente próximo de Pelotas, o que facilita o deslocamento da pesquisadora para a coordenação do trabalho de campo.

3 Marco Teórico

O Modelo Teórico apresentado na Figura 1 esquematiza a complexa relação em estudo. A ordem das categorias não representa necessariamente níveis hierárquicos de determinação, mas seus principais nexos e interações com os desfechos de interesse.

O envelhecimento do organismo humano é um processo fisiológico contínuo e com forte determinação social (Marmot, 2005; Kalache, 1997, Carvalho, 2003). À semelhança dos demais aspectos da vida e da saúde humana (Marmot, 2005), a interação entre processos demográficos, genéticos, psicológicos, ocupacionais, ambientais, econômicos e do estilo de vida determinam as características do envelhecimento de indivíduos e sociedades ao longo do tempo. Diferenças históricas em termos econômicos, culturais e sanitários se expressam na variabilidade das condições de morbimortalidade dos grupos humanos (Marmot, 2005; Carvalho, 2003). Em comparação às camadas mais abastadas da sociedade, as piores condições de saúde e envelhecimento das classes trabalhadoras e populares, são resultantes de iniquidades experimentadas ao longo da vida e continuadas no transcurso da “terceira idade”. Em

suma, os mais pobres vivem menos e pior do que os mais ricos, chegando mais adoentados e “envelhecidos” à terceira idade.

Em termos demográficos, o envelhecimento é fundamentalmente uma questão de gênero, com predomínio da população feminina. Em todas as faixas etárias, as taxas de mortalidade são maiores entre os homens do que entre as mulheres (MS, 2000), sendo este fenômeno responsável pela “feminização” do envelhecimento observado mundialmente (Lima-Costa, 2003). A medida em que os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas não-transmissíveis transformam-se nas primeiras causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, com padrões diferenciados entre os sexos. Nas mulheres as prevalências de hipertensão, diabetes, artrite ou reumatismo são maiores em relação ao sexo masculino. A presença de múltiplas condições crônicas também está relacionada ao sexo feminino. Portanto, a maior sobrevivência feminina está associada a uma maior demanda dos serviços de saúde, que deve ser considerada na abordagem domiciliar de doenças crônicas, incapacidades e fragilidades que acompanham a longevidade (MS, 2006a; Keene, 2005).

O envelhecimento afeta a capacidade funcional do organismo, que atinge seu grau máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio em seguida (Kalache, 1997). A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade. O declínio funcional e as fragilidades estão associados a fatores socioeconômicos, ambientais e ao estilo de vida. Entretanto, o manejo adequado destas condições por serviços de saúde pode contribuir para sua reversão em qualquer idade, através de medidas individuais e coletivas que promovam a qualidade de vida. Portanto, a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências únicas e inevitáveis do envelhecimento, apresentando uma relativa sensibilidade às intervenções em atenção primária à saúde (MS, 2006a; Fernandez-Olano, 2006).

A presença de morbididades crônicas, incapacidades funcionais e situação de fragilidade do idoso são os principais determinantes da necessidade de cuidados de saúde, inclusive no âmbito do domicílio. Contextos sociais e familiares e a rede de apoio jogam um papel importante não apenas na determinação da situação de saúde dos idosos, mas também da necessidade de assistência domiciliar. Idosos vivendo em contextos sociais mais ricos e estimulantes, em termos materiais e afetivos, adoecem menos e se recuperam mais rapidamente de seus problemas (Rosa, 2004). Famílias capazes de manter uma rede de apoio no cuidado dos idosos garantem maior interação e

autonomia dos serviços de saúde, podendo potencializar o desempenho da assistência domiciliar (Caldas, 2003).

A necessidade de assistência domiciliar aos idosos deveria ser plenamente atendida pelos serviços de saúde, dentro dos preceitos de universalidade, integralidade e equidade em saúde (MS, 2006a). Aos serviços de atenção básica à saúde cabe a responsabilidade pela avaliação da demanda potencial de assistência domiciliar, incluindo não apenas a demanda espontânea referida por usuários ou familiares e a demanda induzida pelo próprio serviço, mas principalmente a demanda latente, não percebida ou manifesta por usuários, familiares e profissionais de saúde. A garantia do acesso aos serviços, sua aceitação e utilização pela população também é um potencial determinante da assistência domiciliar (Caldas, 2003).

No atendimento à demanda, é esperado que os serviços básicos realizem os procedimentos terapêuticos e diagnósticos, prestem orientação ao idoso e seus cuidadores, além de acompanhar a evolução do problema. A participação dos serviços no cuidado domiciliar envolve desde intervenções rápidas e pontuais decorrentes de condições agudas até um vínculo de longo prazo relacionado a condições crônicas, com uma maior diversidade de procedimentos técnicos, incluindo o cuidado paliativo de pacientes em fase terminal.

A resposta dos serviços básicos de saúde a esta demanda potencial poderá se modificar em função do modelo de atenção da UBS que, através de suas estruturas e processos de trabalho, particularmente de seus profissionais de saúde, materializa a assistência domiciliar e suas características. A ESF inclui a visita domiciliar, através de ACS e o cuidado domiciliar por equipe multiprofissional como parte importante de seu processo de trabalho, podendo alcançar coberturas populacionais maiores, com melhor qualidade e foco. Nesta abordagem, a necessidade de assistência domiciliar de idosos não determina o modelo de atenção da UBS, ou suas características. Mas, frente a uma demanda de assistência domiciliar, a resposta da UBS será mediada ou modificada em função de seu modelo de atenção.

As políticas públicas com ênfase na abordagem familiar e na comunidade pressupõem ações articuladas e responsabilidades divididas entre serviço de saúde, família e rede social de apoio. A relação entre os diferentes determinantes é dinâmica, mas dependendo do desempenho dos serviços de saúde será mais fácil ou mais difícil melhorar, mitigar ou estabilizar a condição que originou a demanda por assistência domiciliar. O tipo de demanda dos idosos e a capacidade de suporte técnico dos serviços

de saúde aos idosos e suas famílias são determinantes fundamentais para a permanência do idoso no domicílio, evitando sua institucionalização em casas geriátricas e hospitalizações desnecessárias. Ao incluir os determinantes sociais do envelhecimento e da saúde na formulação de políticas públicas, as iniquidades poderão ser minimizadas, beneficiando os idosos mais vulneráveis (Marmot, 2005).

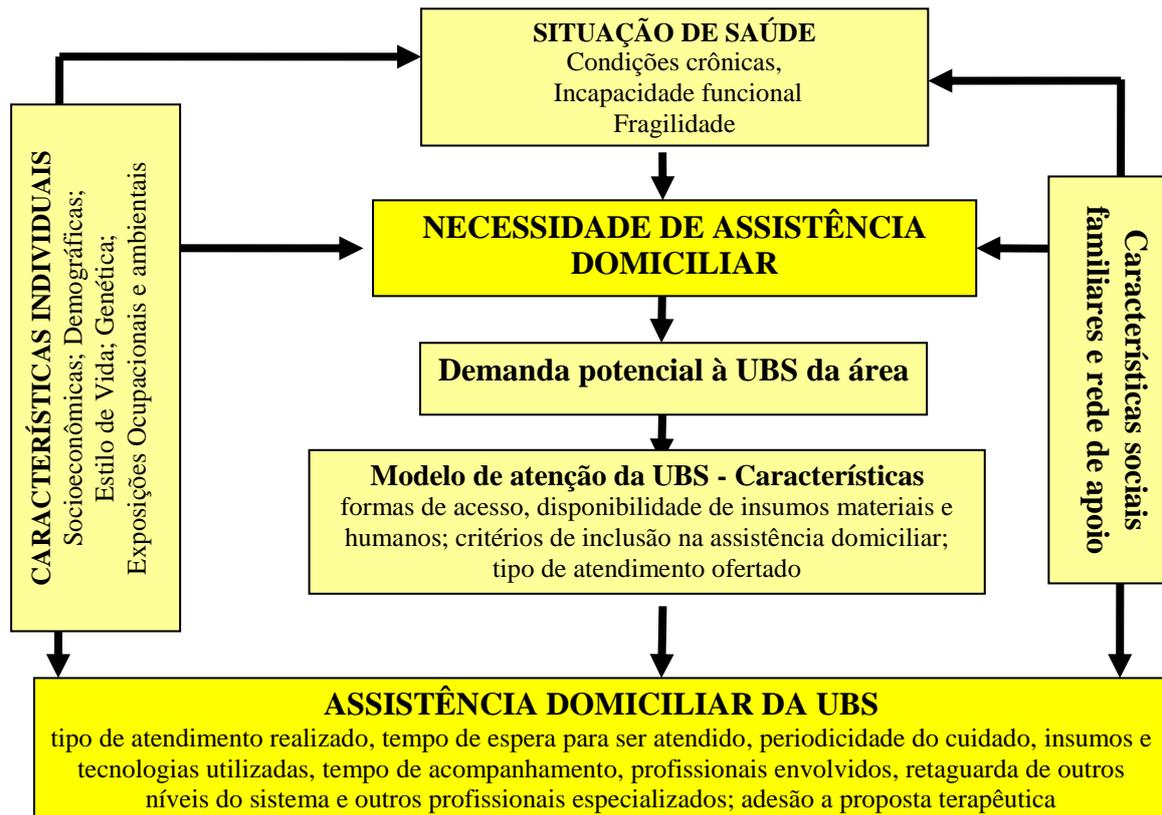


Figura 1. Modelo Teórico

4 Objetivos

Geral

- Avaliar a necessidade de assistência domiciliar em idosos residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde e seus determinantes.
- Avaliar o desempenho dos serviços de atenção básica à saúde na assistência domiciliar prestada aos idosos residentes na área de abrangência dos serviços.

Específicos

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de utilização de serviços de saúde e investigar associações com necessidade de assistência domiciliar.
- Caracterizar a situação de saúde através de morbidades, capacidade funcional e risco de fragilidade, estabelecendo perfis de necessidade de assistência domiciliar em função de incapacidade para AIVD, problemas de mobilidade e/ou mentais e incapacidades severas e variadas.
- Caracterizar a assistência domiciliar prestada pelos serviços de ABS de acordo com os perfis de necessidade.
- Examinar o efeito do modelo de atenção da UBS nas características da assistência domiciliar, ajustando para características sócio-demográficas e dos perfis de necessidade.
- Descrever o cuidado domiciliar prestado por familiares e rede de apoio.

5 Hipóteses

- A necessidade de AD está associada positivamente com sexo feminino, maior idade, menor escolaridade, estado civil “viúvo(a) ou solteiro(a)”, pior autopercepção de saúde e em domicílios multigeracionais.
- As condições crônicas, os problemas de mobilidade e/ou mentais, as incapacidades severas e a história de internação hospitalar no último ano são os principais determinantes da necessidade de AD.
- O perfil de incapacidade para AIVD é de 35%; o perfil em que predominam problemas relacionados à mobilidade é de 40%; problemas mentais 20% e os 5% restantes - incapacidades severas e variadas.
- A cobertura de AD nas áreas atendidas pelo PSF é de 80% e de 20% nas áreas com modelo tradicional.
- A cobertura de AD das UBS é inversamente proporcional à prevalência dos perfis de necessidade.
- Em comparação ao modelo tradicional, a AD prestada pelo PSF tem maior diversidade no tipo de procedimentos, profissionais envolvidos, insumos e equipamentos e articulação com outros níveis do sistema de saúde.
- A família é responsável por 90% dos cuidados, e a presença do cuidador familiar é maior nos domicílios de idosos mais velhos, de menor escolaridade, pior situação socioeconômica, viúvos, solteiros ou que vivem sem companheiro.
- Esposas e filhas são as principais cuidadoras, sendo as mulheres responsáveis por 70% da AD.

6 Metodologia

6.1 Delineamento

O delineamento proposto é o de um estudo transversal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde. A escolha deste delineamento é devido à possibilidade de diagnosticar de forma rápida e custo factível, a prevalência de desfechos de interesse à saúde, em amostra representativa dos idosos moradores na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Bagé. Também pela possibilidade de, em curto prazo, subsidiar os gestores com informações de interesse local, permitindo o planejamento de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades desta população.

Apesar das limitações do delineamento transversal em estabelecer relação de causa e efeito, acredita-se que, por se tratar de um desfecho relacionado principalmente com a existência de doenças crônicas ou eventos que possuem um tempo relativamente longo de recuperação, como no caso das fraturas, a resposta dos serviços de saúde deveria alcançar de forma universal os indivíduos que demandam assistência no domicílio. Outra situação é a de que os serviços deveriam manter vigilância sob a população de sua responsabilidade de modo a propor ações de promoção, prevenção ou reabilitação.

6.2 População alvo

A população-alvo do estudo é constituída por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana do município de Bagé, RS.

6.2 1 Situação Demográfica e Socioeconômica de Bagé

De acordo com as estimativas do IBGE (DATASUS, 2006) Bagé possuía em 2006 aproximadamente 122.461 habitantes, sendo 82% (100.418) na zona urbana. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,80, sendo inferior ao do estado do RS e superior ao do Brasil. Em relação ao RS e ao Brasil, apresentava maior taxa bruta de natalidade, proporção de idosos e cobertura de água encanada. A

expectativa de vida era semelhante ao do estado do RS e superior à do Brasil. A proporção de crianças menores de cinco anos, de pobres, de alfabetizados e de cobertura de domicílios com esgoto variava entre as do estado e do país (Facchini, 2006) (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores demográficos e socioeconômicos para Bagé, Rio Grande do Sul e Brasil, 2000.

	BAGÉ	RS	BRASIL
IDH-2000	0,80	0,82	0,76
Taxa bruta de natalidade	18,1	14,9	17,5
Expectativa de vida (anos)	72,2	72,1	68,6
% de menores de 5 anos	8,6	8,4	9,7
% de idosos	12,1	10,4	8,5
% de pobres	25,0	19,7	32,8
% de alfabetizados	89,7	90,6	83,3
% de água encanada	92,8	78,9	75,8
% de rede de esgoto ou pluvial	42,0	26,3	44,4

Fonte: IBGE e DATASUS. Disponível no Relatório Municipal de Bagé do Estudo de Linha de Base. PROESF-UFPEL, 2005.

Em 2003, as principais causas de mortalidade da população de idosos, foram às doenças do aparelho circulatório (43%), neoplasias (24%) e doenças do aparelho respiratório (14%). A proporção de causas mal definidas foi de 16%, o que determina a necessidade de propor ações no sentido de qualificar o sistema de informações sobre mortalidade (DATASUS, 2006).

6.3 Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo os idosos com 60 anos ou mais de idade, moradores em domicílios particulares, na zona urbana do município na data de referência da pesquisa.

6.4 Critérios de exclusão

Serão excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estiverem viajando, privados de liberdade por decisão judicial ou residindo em Instituições de Longa Permanência.

6.5 Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado para estudar a prevalência da “necessidade de assistência domiciliar” e da “assistência domiciliar recebida”. A amostra deverá ser suficiente para os estudos de prevalência e das associações a serem investigadas.

- **Estudo de prevalência da “necessidade de assistência domiciliar”**

Para o cálculo de prevalência, utilizaram-se os seguintes parâmetros e estimativas: tamanho da população de 14.792 indivíduos idosos em Bagé (DATASUS, 2006), nível de confiança de 95%, prevalência estimada do desfecho de 20%, e erro aceitável de 3 pontos percentuais. Com estes parâmetros a base de cálculo inicial é de 653 idosos.

- **Estudo de prevalência da “assistência domiciliar recebida”**

Para o cálculo de prevalência da assistência domiciliar prestada pelos serviços de atenção básica à saúde, utilizaram-se os seguintes parâmetros e estimativas: tamanho da população de 3.000 indivíduos idosos com necessidade de atendimento domiciliar, nível de confiança de 95%, prevalência estimada do desfecho de 60%, e erro aceitável de 4 pontos percentuais. Com estes parâmetros a base de cálculo inicial é de 483 idosos.

- **Estudo de associações**

Para o cálculo de associações foi utilizado um nível de confiança de 95%, poder de 80% e diferentes valores para as proporções entre expostos e não expostos, prevalência de expostos e não expostos e razões de prevalências. O banco de dados do Estudo de Linha de Base - PROESF/UFPEL (Facchini et al., 2006) foi utilizado como referência para os cálculos. O Quadro 3 apresenta os resultados dos cálculos para o estudo de associação entre necessidade de assistência domiciliar e diferentes exposições. O Quadro 4 apresenta os resultados dos cálculos para o estudo de associação entre assistência domiciliar e diferentes exposições. As colunas à direita referem-se, respectivamente, ao número parcial e final da amostra, incluindo 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, sem considerar o efeito de delineamento.

Quadro 3. Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre necessidade de assistência domiciliar e diferentes exposições.

Exposição	% de Não Expostos (NE)	% de Expostos (E)	Prevalência do Desfecho em NE	Prevalência do Desfecho em E	Razão de Prevalência	N Parcial	N Total
Sexo Feminino	41*	59*	16	24	1,5	868	1098
Idade >75 anos	64	36	14	30	2,1	261	330
Não sabe ler**	64	36	12	22	1,8	508	642
Casado, com companheiro	57	43	23	14	0,6	614	776
Domicílios ≥ 5 pessoas	77	23	15	26	1,7	622	787
Hipertensão	37	63	14	24	1,7	589	745
Diabetes	85	15	18	29	1,6	960	1214
Queda	65	35	15	24	1,6	700	886
Dificuldade caminhar uma quadra	79	21	10	56	5,6	52	66
Autopercepção saúde ruim	80	20	10	38	3,8	115	145

*Datus (2006) distribuição população Bagé ** dados ELB-PROESF Lote sul

Quadro 4. Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre assistência domiciliar e diferentes exposições.

Exposição	% de Não Expostos (NE)	% de Expostos (E)	Prevalência do Desfecho em NE	Prevalência do Desfecho em E	Razão de Prevalência	N Parcial	N Total
Modelo de UBS	40	60	4	18	4,5	197	249
Sexo Feminino	41*	59*	11	18	1,6	897	1134
Idade >75 anos	64	36	9	19	2,1	436	552
Não sabe ler**	64	36	6	16	2,7	358	408
Casado, com companheiro	57	43	15	8	0,5	730	924
Domicílios ≥ 5 pessoas	77	23	8	15	1,9	891	1127
Hipertensão	37	63	9	16	1,8	789	998
Diabetes	80	20	12	22	1,8	760	961
Queda	65	35	11	19	1,8	609	770
Dificuldade caminhar uma quadra	79	21	7	32	4,6	119	151
Autopercepção saúde ruim	80	20	10	19	1,9	760	961

*Datus (2006) distribuição pop Bagé ** dados ELB-PROESF Lote sul

O maior tamanho de amostra foi de 1214 pessoas e utilizando 1,26 de efeito de delineamento, a **amostra total necessária para o estudo é de 1530 indivíduos**. O efeito de delineamento foi calculado a partir do coeficiente de correlação intra-classe da seguinte pergunta “*O Sr(a) necessita receber atendimento regular em sua casa do <posto de saúde da área de abrangência>?*”, variável disponível no banco de dados do ELB-UFPel PROESF (Facchini, 2006). O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,05262. Para o cálculo do efeito do delineamento amostral foi considerado uma concentração de 0,3 idosos por domicílio e 20 domicílios por área (de acordo com processo de amostragem apresentado a seguir).

6.6 Processo de amostragem

Atualmente o município dispõe de 20 UBS na zona urbana do município (15 USF e 5 UBS Tradicionais). Os dados serão coletados nas áreas de abrangência da totalidade das UBS.

Será realizada uma amostragem em dois estágios, sendo respeitada a área de abrangência da USF e respectivas microáreas (Bertoldi, 2006). Nas USF será utilizado o mapeamento das equipes de saúde da família. Nas UBS Tradicionais será utilizada a área definida pela equipe. A partir desta delimitação a área será dividida em quadrantes.

De acordo com as estimativas do IBGE (DATASUS, 2006) a população total de Bagé é de 122.461 pessoas, sendo que 14.792 (12%) possuem 60 anos ou mais de idade. A taxa de urbanização do município é de 82% (área urbana um total de 100.418 pessoas; 12.050 com 60 anos ou mais). A cobertura do PSF é de 54%, na zona urbana (DATASUS, 2006), isto representa cerca de 53.871 pessoas moradores em área de abrangência sob responsabilidade das ESF, deste total, 6.464 são idosos. Segundo SIAB-Bagé (SMS, 2007), os domicílios em áreas de PSF têm em média 3,6 pessoas, totalizando em torno de 14.964 famílias. Considerando 19 equipes de saúde da família no município, em média, cada equipe seria responsável por 788 famílias ou 197 famílias por microárea (se considerarmos quatro microáreas por equipe). Se a concentração é de 0,3 idosos por domicílio, teremos 59 domicílios com idosos por microárea.

Partindo do pressuposto que o restante da população (46%) deva ser atendida pelas UBS Tradicionais, isto corresponde a aproximadamente 46.547 pessoas, das quais 5.585 idosos. Considerando a mesma média de pessoas por família, totaliza 12.929 famílias, cerca de 2.585 famílias por equipe. Para garantir uma melhor distribuição da

amostra, a área de cada UBS será dividida em quadrantes, simulando uma microárea do PSF. Neste contexto, cada quadrante teria, em média, 646 famílias, e mantendo a concentração de 0,3 idosos por domicílio, teremos 194 domicílios com idosos por quadrante.

A partir destes parâmetros, para uma amostra de 1530 idosos, 826 seriam localizados em área de cobertura do PSF e 704 em área de cobertura das UBS Tradicionais.

Isto significa localizar 44 idosos em cada área de abrangência da ESF, 11 idosos por microárea. Ao interior das microáreas, a partir de um ponto a ser sorteado aleatoriamente, será utilizado um pulo de cinco domicílios, garantindo uma adequada distribuição dos domicílios no território, de modo que todos os domicílios tenham a mesma probabilidade de serem amostrados. Nas UBS Tradicionais, a amostra será de 141 idosos por UBS, 35 idosos em cada quadrante. Neste caso, o pulo será de seis domicílios.

O mapa da cidade de Bagé (Apêndice 3) demonstra a distribuição de 13 das 15 USF da área urbana do município.

6.7 Instrumentos

Os dados serão coletados através de questionário estruturado com questões pré-codificadas e com dupla digitação em um banco de dados no programa EPI Info 6.0 (Dean, 1995).

O instrumento está planejado para obter, além das variáveis que compõem os desfechos, as informações sobre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, autopercepção de saúde e caracterização da rede social e inclui as escalas de Katz e de Lawton para avaliar a capacidade funcional, o exame mini-mental para avaliar capacidade cognitiva e a escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS – versão abreviada), disponíveis nos Cadernos de Atenção Básica para avaliação da pessoa idosa (MS, 2006a) (Apêndice 4).

O questionário será aplicado para todos os idosos residentes no domicílio. Será respondido pelo próprio idoso e, em caso de incapacidade, será aplicado ao cuidador responsável que estiver acompanhando o idoso no momento da entrevista. As variáveis selecionadas para o estudo estão disponibilizadas nos Quadros 5, 6 e 7.

6.7.1.Principais variáveis a serem coletadas

6.7.1.1 Variável dependente – Necessidade de assistência domiciliar

Necessidade de acompanhamento ou atendimento do idoso no domicílio, de forma pontual ou permanente, na presença de uma ou mais das seguintes características:

- Idoso encontrar-se acamado;
- Apresentar doenças causadoras de incapacidade funcional (AVC, síndromes demenciais, etilismo, neoplasia terminal, amputação de membros);
- Diagnóstico de pelo menos uma incapacidade funcional básica;
- Piora ou agravamento da situação de saúde;
- Queda nos últimos três meses
- História de hospitalização recente (no último ano e nos últimos três meses);
- Suporte para realização de procedimentos básicos de enfermagem: curativos, injeções, verificação de pressão arterial, sondagem (urinária, nasogástrica), reidratação parenteral, troca de bolsa de ostomia;
- Suporte para realização de exames diagnósticos e terapêuticos;
- Inexistência de uma rede familiar ou social de apoio;
- Idade superior a 75 anos
- Autopercepção de necessidade

6.7.1.2 Variável dependente – Assistência domiciliar

Assistência domiciliar incluirá todo atendimento realizado no interior do domicílio, no período de três meses anterior à entrevista, com ou sem a realização de procedimentos, por profissionais da área da saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, além de outros vinculados aos serviços de atenção básica. Também incluirá a coleta de material para exame laboratorial ou transporte dos idosos para serviços em outros âmbitos do sistema de saúde, tais como, fisioterapia, hemodiálise ou quimioterapia.

Quadro 5. Caracterização da assistência domiciliar.

Características		Tipo
Motivo relacionado com a necessidade de atendimento domiciliar	Dificuldade de locomoção Acamado Alta hospitalar no último ano e nos últimos 3 meses Piora da condição de saúde	Categórica nominal
Tipo de atendimento domiciliar que precisou	Consulta, curativos, injeções, nebulização, fornecimento de medicação, transporte para exames, especialistas, fisioterapia	Categórica nominal
Solicitação do atendimento	Sim ou Não	Categórica nominal
Responsável pela solicitação	Próprio idoso Familiar Amigo ACS	Categórica nominal
Forma de solicitação do atendimento	Telefonou para a UBS Foi até a UBS Outra forma – mandou recado por familiar, vizinho ou ACS	Categórica nominal
Solicitação foi atendida?	Recebeu atendimento domiciliar dos profissionais da UBS: Sim/ Não	Categórica nominal
Quanto tempo demorou para receber atendimento	No mesmo dia Dia seguinte Na mesma semana Na semana seguinte Outra	Categórica nominal
Tipo de atendimento domiciliar que recebeu	Consulta, curativos, vacinas, injeções, nebulização, sondagem vesical, troca de bolsa de ostomia, fornecimento de medicação, transporte para exames, especialistas, fisioterapia	Categórica nominal
Acompanhamento	Permaneceu em acompanhamento: Sim ou Não	Categórica nominal
Periodicidade do atendimento necessário	Diário, semanal, quinzenal, mensal, outro	Categórica nominal

Cont. Quadro 5. Caracterização da assistência domiciliar.

Características		Tipo
Profissionais de saúde envolvidos com o atendimento	Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social	Categórica nominal
Encaminhado para especialista	Sim ou Não	Categórica nominal
Solicitado exames	Sim ou Não	Categórica nominal
Solicitado novos medicamentos	Sim ou Não	Categórica nominal
Recebeu orientações sobre cuidados necessários	Sim ou Não	Categórica nominal
Seguiu as orientações recebidas	Sim, total Sim, parcial Não seguiu orientações	Categórica nominal
Disponibilizado material ou equipamentos	Sim ou Não	Categórica nominal
Material ou equipamento disponibilizado	Gaze, seringa, algodão, esparadrapo, bolsa de ostomia, sonda vesical, medicamentos	Categórica nominal
Número de vezes que o ACS foi ao domicílio	Número de vezes que o ACS foi ao domicílio nos últimos 3 meses	Numérica discreta
Atividades realizadas pelo ACS	Preenchimento do cadastro Entrega da Carteira do Idoso Perguntou sobre situação de saúde Perguntou sobre uso de medicamentos Deu orientações sobre cuidados com a saúde	Categórica nominal
Satisfação com o atendimento	Satisfeito Insatisfeito	Categórica nominal

Quadro 6. Variáveis independentes: Necessidade de assistência domiciliar

Variáveis Independentes	Características	Tipo
Morbidades		
História de quedas nos últimos 3 meses	Sim/Não	Catagórica nominal
História de fraturas no último ano	Sim/Não Local da fratura	Catagórica nominal Catagórica nominal
Hipertensão	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Diabetes	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Dificuldade para ouvir	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Dificuldade para enxergar	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Acamado	Sim/Não Se sim, há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Hospitalização nos últimos 12 meses e nos últimos 3 meses	Sim/Não Se sim, quantas vezes	Catagórica nominal Numérica discreta
Diagnóstico médico de AVC	Sim/Não Se sim, há quanto tempo Seqüela – Sim/Não	Catagórica nominal Numérica discreta Catagórica nominal
Diagnóstico médico de infarto	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Diagnóstico médico de demência	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
Diagnóstico médico de neoplasia	Sim/Não Há quanto tempo	Catagórica nominal Numérica discreta
História de amputação de membros	Sim/Não Qual? Há quanto tempo	Catagórica nominal Catagórica nominal Numérica discreta
Autopercepção de saúde		
Autopercepção de saúde	Excelente, Muito Boa, Boa, Média, Ruim	Catagórica ordinal
Sentimento com relação à vida	Satisfeito/Insatisfeito	Catagórica nominal
Se insatisfeito, qual o motivo	Econômico, problema de saúde, problema de moradia, conflito nos relacionamentos pessoais, falta de atividade	Catagórica nominal
Comparando a situação de saúde com cinco anos atrás	Melhor, mesma coisa, pior	Catagórica nominal
Comparando com outras pessoas de sua idade, sua saúde está	Melhor, igual, pior	Catagórica nominal
Rede de apoio - Questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule – Veras, 2008)		
Depressão - Escala de depressão geriátrica (GDS) – instrumento padronizado – Sheikh, 1986)		
Avaliação Cognitiva - Mini-exame de saúde mental – instrumento padronizado (Folstein, 1975)		
Capacidade Funcional - Escala de Katz (AVD – Katz, 1963) e Lawton (AIVD – Lawton, 1969)		

Quadro 7. Variáveis independentes: demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Variáveis Independentes	Características	Tipo
<i>Demográficas</i>		
Sexo	Masculino/ Feminino	Catégorica nominal
Idade	Anos completos	Numérica contínua
Cor da pele (observada e auto-referida)	branca, preta, parda, amarela ou indígena	Catégorica nominal
<i>Socioeconômicas</i>		
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Renda familiar	Rendimento bruto da família em salários mínimos no último mês	Numérica contínua
Nível econômico	Nível A, B, C, D e E	Catégorica ordinal
Estado civil	Casado, solteiro, viúvo, união estável, divorciado, outra	Catégorica nominal
Filhos	Número de filhos	Numérica discreta
Casa própria	Sim/ Não	Catégorica nominal
Moradores na casa	Número de moradores que fazem as refeições e/ou dormem no domicílio	Numérica discreta
Relação de parentesco com moradores	Esposo(a), pais, filhos(as), irmãos(as), neto(a), outros parentes, amigos	Catégorica nominal
Aposentadoria	Sim/Não	Catégorica nominal
Plano de saúde privado	Sim/Não	Catégorica nominal
Empregada doméstica (mês)	Sim/Não	Catégorica nominal
Empregada diarista	Sim/Não	Catégorica nominal
<i>Comportamentais</i>		
Tabagismo	Ex-fumante, fumante atual, nunca fumou	Catégorica nominal
Bebida alcoólica	CAGE	
Sedentarismo	Prática regular de exercício físico: sim / não	Catégorica nominal
<i>Antropométrica</i>		
IMC (peso e altura auto-referidos)	Peso Altura	Numérica contínua Numérica contínua

6.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores

O processo seletivo para contratação de entrevistadoras será divulgado por meio de cartazes nas dependências da URCAMP e da UNIPAMPA, ambas em Bagé. Além disso, será utilizada uma lista de entrevistadores que já tenham participado de pesquisas anteriores e que possuam referências positivas e disponibilidade de permanecerem na cidade de Bagé durante o período de coleta de dados.

Os candidatos interessados deverão entregar currículo preenchido na própria ficha de inscrição na sede do estudo na cidade de Bagé, em local a ser definido em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde. Os candidatos deverão ter idade igual ou superior a 18 anos e ensino médio completo. O trabalho de campo também terá o apoio dos profissionais vinculados à 7ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A entrevista com os candidatos será realizada pela doutoranda e serão avaliados os seguintes itens: apresentação, expressão, comunicação, motivação e interesse. Os candidatos aprovados nas primeiras etapas do processo de seleção serão submetidos a um treinamento, o qual será coordenado pela doutoranda, em local a ser definido.

O treinamento terá duração de no máximo 40 horas e consistirá em: apresentação geral do projeto de pesquisa; treinamento de técnicas de entrevista; leitura explicativa do questionário e do manual de instruções e dramatizações. Por fim, uma prova teórica será aplicada aos candidatos.

Além do número necessário de entrevistadores serão selecionados suplentes, podendo ser chamados em função de alguma eventualidade no decorrer da pesquisa. Os supervisores também participarão do processo seletivo.

6.9 Logística e coleta de dados

Está prevista a articulação prévia com pessoas estratégicas no município de Bagé, de modo a agilizar o trabalho de campo. A execução do projeto também contará com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Será realizado contato com o Secretário Municipal de Saúde, técnicos das Universidades locais – URCAMP e UNIPAMPA, para obter informações e articular parcerias interinstitucionais na organização e nas capacitações preparatórias ao trabalho de campo otimizando desta forma, os recursos locais.

A divulgação do estudo será feita na imprensa, em programas de rádio e jornal de circulação local, como forma de auxiliar no recebimento dos entrevistadores nos domicílios. Será disponibilizado crachá e carta de apresentação aos entrevistadores.

O trabalho de campo deverá ter início na segunda quinzena do mês de maio do corrente ano e os dados serão coletados por entrevistadores previamente selecionados e capacitados, que utilizarão um questionário elaborado pela doutoranda e testado através de um estudo pré-piloto.

As entrevistas serão realizadas nos domicílios dos idosos e cada entrevistador visitará aproximadamente quatro residências por dia. Ao identificar o domicílio elegível, os entrevistadores irão ler a Carta de Apresentação (Apêndice 5) e convidar para participação no estudo. Serão consideradas perdas e recusas as entrevistas não realizadas após três tentativas, em dias e horários diferentes. Uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo. O treinamento e a supervisão dos entrevistadores será feito pela pesquisadora, com o apoio de uma supervisora local.

O tempo total de trabalho de campo está programado para 55 dias, incluindo 15 dias para a seleção e capacitação dos supervisores e entrevistadores, 40 dias para coleta de dados.

6.10 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado em uma área de abrangência de uma UBS na cidade de Pelotas e servirá como teste final do questionário, bem como para avaliar o manual de instruções e a organização do trabalho de campo.

6.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade será feito através de re-entrevista com 10% dos entrevistados, quando serão repetidas algumas perguntas do questionário. A consistência das informações será analisada através do índice *Kappa*. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações serão o treinamento de entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado, a elaboração de um criterioso manual de instruções e ainda as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo (Apêndice 7).

6.12 Processamento de dados

Os questionários serão revisados pela doutoranda com o apoio de auxiliar de pesquisa. As questões abertas serão codificadas de forma padronizada. Será construído um banco de dados no programa EPI-INFO 6.0 (Dean, 1995) para a digitação dos dados, com checagem automática de amplitude e consistência. Serão realizadas duas digitações a fim de que os possíveis erros sejam prontamente identificados. O processamento incluirá as seguintes etapas:

- Recepção e revisão dos instrumentos
- Constituição dos lotes
- Codificação de questões fechadas
- Tabulação de questões abertas
- Codificação de questões abertas
- Revisão final
- Digitação

A primeira folha de cada questionário receberá um carimbo com a seqüência de tarefas acima citadas para registro de data e responsável.

6.13 Análise dos dados

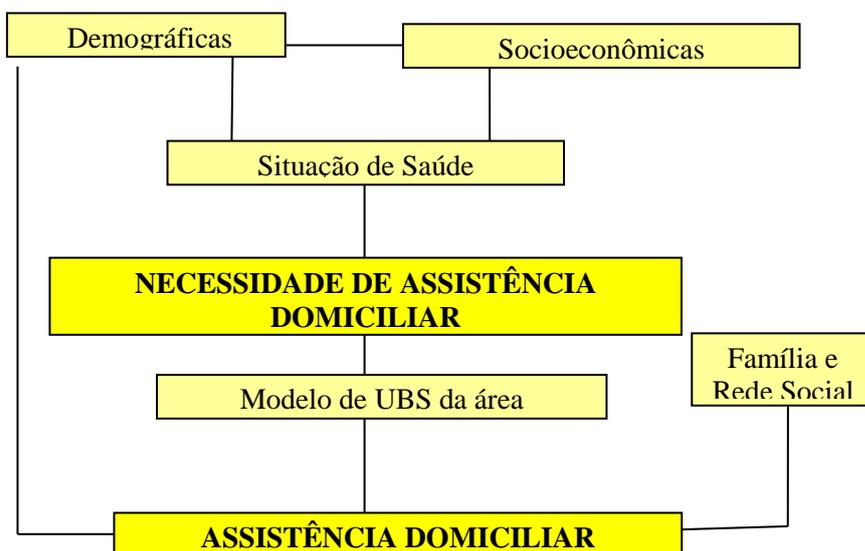
A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 9.0. Na análise inicial, algumas variáveis serão transformadas em categóricas ordinais. A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

A análise bruta será conduzida com a intenção de calcular a prevalência de necessidade de assistência domiciliar e a prevalência da assistência recebida pelos profissionais da UBS da área em cada grupo das variáveis independentes, com especial ênfase para a necessidade de assistência avaliada a partir da situação de saúde dos idosos. A significância das associações será avaliada com os testes do qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear.

A análise multivariável será conduzida por Regressão de Poisson respeitando um modelo conceitual de análise. Variáveis com valor $p < 20\%$ na análise multivariável serão mantidas no modelo de regressão como possíveis fatores de confusão. Todas as

variáveis serão avaliadas na regressão multivariável, independentemente de sua associação bruta com o desfecho.

MODELO DE ANÁLISE



6.14 Material

Para a realização deste estudo serão utilizados questionários impressos e disponibilizadas pranchetas, lápis, borracha e caneta. Também serão fornecidos vales-transporte e cartões telefônicos para facilitar a comunicação com os entrevistadores.

Para o processamento dos dados será utilizada a infra-estrutura do PPGE e eventualmente o apoio da SMS de Bagé.

6.15 Aspectos éticos

O protocolo do presente estudo será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel para avaliação. O início do trabalho de campo acontecerá somente após a aprovação deste projeto pelo Comitê. Os princípios éticos serão também assegurados através do consentimento informado dos entrevistadores (Apêndice 4), da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados.

Considera-se este processo como sendo de risco mínimo aos participantes, uma vez que a coleta de dados será feita através de um questionário e não será realizada nenhuma medida direta, como por exemplo, aferição do peso e da altura.

8 Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados através da apresentação da tese de conclusão de curso, necessária à obtenção do título de Doutor em Ciências pelo programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; publicação parcial ou total dos achados em periódicos científicos e divulgação dos principais resultados, por meio de nota, na imprensa local. Também está prevista a apresentação dos resultados aos gestores, trabalhadores da área da saúde e da educação em Bagé, além da imprensa daquela cidade.

9 Orçamento/ financiamento

O Quadro 8 apresenta o orçamento inicial. Como possíveis fontes de financiamento identificam-se o Ministério da Saúde, o CNPQ e a Secretaria Municipal de Saúde de Bagé, além de recursos próprios.

Quadro 8. Orçamento inicial do projeto de pesquisa.

Descrição	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Material de consumo			
Gasolina	400 litros	2,9	1.160,00
Alimentação	60	15	900,00
Material de escritório			500,00
Cópias	2000	1,44	2.880,00
Sub-total			5.440,00
Serviços			
Digitador por 3 meses	2	600,00	3.600,00
Entrevistadores por 2 meses	10	600,00	12.000,00
Sub-total			15.600,00
Outros			
Cartão telefônico	30	5	150,00
Vale transporte	2400	2	4.800,00
Sub-total			4.950,00
Total			25.990,00

10 Referências Bibliográficas

Angelo M. O Contexto Domiciliar. In: Duarte YAOD, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.

Amaral N, Cunha M, Labronici R, Oliveira A, Gabbai A. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Revista Neurociências. 2001;9(3):111-17.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília: ANVISA; 2006.

Bertlodi, AD. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família [Tese]. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. UFPel, 2006; 38-64

Blaum CS, Xue QL, Michelon E, Semba RD, Fried LP. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Studies. J Am Geriatr Soc. 2005 Jun;53(6):927-34.

Boletín del Envejecimiento Positivo. La fragilidad no es inevitable 2007 Available from: <http://www.taosinstitute.net/resources/pa/?p=54>.

Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H. Screening elders for risk of hospital admission. Journal of the American Geriatric Society. 1993;41:811-17.

Brasil, MS (Ministério da Saúde). Estatuto do Idoso. MS. Lei 10.741, 1º de outubro de 2003. . Brasília: MS; 2003.

Breda JC. Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em um amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório [Dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2007.

Carvalho JA, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003 May-Jun;19(3):725-33.

Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, editor. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 137-67.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saude Publica. 2003 May-Jun;19(3):773-81.

DATASUS. Cadernos dos municípios. Brasília: MS; 2006 Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

Dean JA, Coulombier D, Smith DC, Brendel KA, Arner TG, Dean AG. Epi Info-computer programs for epidemiology, version 6.0. Atlanta, Georgia: CDC; 1995.

Duarte YAOD, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.

Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006 Mar-Apr;42(2):191-206.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Pelotas: UFPel; 2006.

Fast J, Keating N, Otfinowski P, Derksen L. Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. *Can J Aging.* 2004 Spring;23(1):5-19.

Fernandez-Olano C, Hidalgo JD, Cerda-Diaz R, Requena-Gallego M, Sanchez-Castano C, Urbistondo-Cascales L, et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy.* 2006 Jan;75(2):131-9.

Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):986-94.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56.

Folstein MF, Folstein ES; McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov; 12(3):189-98.

Giacomin KC, Uchoa E, Firmo JO, Lima Costa MF. Projeto Bambui: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saude Publica.* 2005 Jan-Feb;21(1):80-91.

Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto enfermagem.* 2006;15(4):570-77.

Griffith RW. Frailty - what is it, exactly? ; 2007 Available from: <http://www.healthandage.com/public/article-home/3292/Frailty-What-Is-It-Exactly.html>.

Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing.* 1988 Sep;17(5):293-302.

Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res.* 2003 Jun;15(3 Suppl):1-29.

Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 May-Jun;17(5-6):444-51.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Política do idoso no Brasil. 2006 Available from: <http://www.ibge.gov.br>.

Isaacs B, Gunn J, McKechnan A, McMillan I, Neville Y. The concept of pre-death. *Lancet*. 1971 May 29;1(7709):1115-8.

Ishizaki T, Yoshida H, Suzuki T, Watanabe S, Niino N, Ihara K, et al. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006 Jan-Feb;42(1):47-58.

Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cad Saúde Públ*. 1987;3(3):217-20.

Kalache, A. Kickbush, I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. Julho-Agosto, 4-5, 1997.

Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:55.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):861-6.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963 Sep 21;185:914-9.

Keene J, Li X. Gender differences in older patient populations: a case linkage study of community health, mental health, and social services in the United Kingdom. *Health Care Women Int*. 2005 Sep;26(8):713-30.

Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care*. 2000 Dec;38(12):1184-90.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Aut;9(3):179-86.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol*. 2005 June; 8(2): 127-141.

Lima Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):745-57.

Lima-Costa MF. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL M, ALMEIDA FILHO N, eds. Epidemiologia & Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI 2003. Lima Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). Epidemiol Serv Saúde. 2004;13(4):217-28.

Lindsay J, Sykes E, McDowell I, Verreault R, Laurin D. More than the epidemiology of Alzheimer's disease: contributions of the Canadian Study of Health and Aging. Can J Psychiatry. 2004 Feb;49(2):83-91.

Litvoc J, Brito FC, editors. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.

Lopes JMC. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde: experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição Porto Alegre: GHC; 2003.

Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. J Am Geriatr Soc. 2002 Jun;50(6):1108-12.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104.

Mendes Junior WV. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ; 2000.

Ministério da Saúde. Terceira idade: dados estatísticos sobre os idosos. Brasília: MS; 2002.

Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS; 2004.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. 2006a.

Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. J Am Geriatr Soc. 1997 Aug;45(8):1017-24.

MS (Ministério da Saúde). Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006b.

MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: MS; 2006c.

MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006d.

Murray C, Lopez A. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence, and mortality estimates for over 200 conditions. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.

Negri LSA, Ruy GF, Collodetti JB, Pinto LF, Soranz DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1036-46.

Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, et al. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOME Care Study. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Mar;55(3):439-44.

Ottenbacher KJ, Ostir GV, Peek MK, Snih SA, Raji MA, Markides KS. Frailty in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Sep;53(9):1524-31.

Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia o contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAOD, Diogo MJDE. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2005.

Pelaez M. More need for the "old" in the public health research in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Jun;13(6):352-4.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira, DS, Siqueira, FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3) 2006 p. 657-667.

Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. assessment of health status and family support of the elderly of different socio strata living in the community [Thesis]. London: University of London; 1987.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):793-8.

Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(sup.):231-42.

Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria* 2001;28(10):652-56.

Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. 2003 Feb;37(1):40-8.

Rosa TEC. Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC, editors. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 203-18.

Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006;6:220.

StataCorp. *Stata Statistical Software: release 6.0*. College Station, TX: Stata Corporation; 1999.

Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Montserrat Riba R, Marsá Cantero M, Lancho Lancho S. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:581-94.

Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005;10:243-53.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. New York: The Hayworth Press, 1986.

Silva Júnior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editors. *Epidemiologia e saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.

Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saude Publica*. 2006 Aug;22(8):1629-38.

Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):839-47.

Sorbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Bernabei R. Indwelling catheter use in home care: elderly, aged 65+, in 11 different countries in Europe. *Age Ageing*. 2005 Jul;34(4):377-81.

Tavolari CEL, Fernandes F, Medina PO. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. *Rev Adm Saúde*. 2000;3(9):15-8.

Teixeira INDAO. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional [Dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2006.

Tousignant M, Dubuc N, Hebert R, Coulombe C. Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: how can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health Soc Care Community*. 2007 Jan;15(1):1-7.

Veras R. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):705-15.

Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saude Publica*. 2007 Oct;23(10):2463-6.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saude Publ*. 1987;21(3):225-33.

Veras R & Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro; UERJ. UnATI; 2008. 98 p.

Wallsten SM, Tweed DL, George LK. Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal. *Int J Aging Human Development* 1990, p. 48:145-59.

WHO (World Health Organization). *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*. Washington, DC: WHO; 1999.

WHO (World Health Organization). *Men ageing and health: achieving health across the life span*. Geneva: WHO; 2001.

WHO (World Health Organization). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: WHO; 2003.

WHO (World Health Organization), OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS; 2005.

WHO (World Health Organization). *Global age-friendly cities : a guide*. Geneva: WHO; 2007.

Winograd CH. Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Sep;39(9 Pt 2):25S-35S.