

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GILMARA RAMOS

**FRAGILIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ACESSO DE IDOSOS
VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2019

GILMARA RAMOS

**FRAGILIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ACESSO DE IDOSOS
VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Idiane Rosset.

PORTO ALEGRE

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Ramos, Gilmara
FRAGILIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ACESSO DE
IDOSOS VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE / Gilmara Ramos. -- 2019.
95 f.
Orientadora: Idiane Rosset.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Envelhecimento. 3.
Família. 4. Assistência Domiciliar. 5. Acesso aos
Serviços de Saúde. Enfermagem. I. Rosset, Idiane,
orient. II. Título.

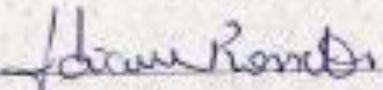
GILMARA RAMOS

**FRAGILIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ACESSO DE IDOSOS VINCULADOS
À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 23 de agosto de 2019.

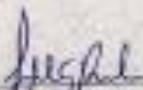
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Idiane Rosset

Presidente da Banca – Orientadora

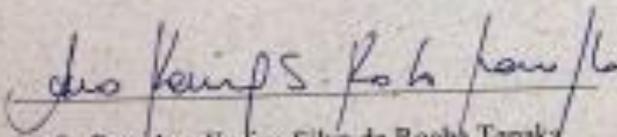
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganeli Girardi Paskulin

Membro da banca

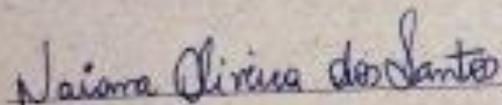
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Membro da banca

UFRGS



Profa. Dra. Naiana Oliveira dos Santos

Membro da banca

Universidade Franciscana

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e por sempre abençoar o meu caminho.

Aos meus pais, Simone e Gilmar, pelos valores transmitidos e por sempre acreditarem em mim. Obrigada por serem meu porto seguro.

Ao meu amor, Eduardo, pela parceria, carinho e zelo. Obrigada por todo o incentivo e por ser a minha tranquilidade nos momentos mais turbulentos.

Ao meu irmão, Eliakim, por estar sempre ao meu lado. Obrigada por me incentivar a ser melhor e ir em busca dos meus sonhos.

À minha orientadora, professora Idiane, pelos ensinamentos, calma e parceria. Obrigada por todo o conhecimento e crescimento que me proporcionou durante esses anos de convivência.

À minha colega e amiga, Mariane, por todo o conhecimento compartilhado, companheirismo e carinho. Obrigada por ser esta dupla incansável.

À nossa bolsista, Juana, pela ajuda e parceria nas coletas de dados. Obrigada pela dedicação.

À minha amiga e comadre, Fernanda, por todo o carinho, pelas ajudas incansáveis e por sempre acreditar em mim. Obrigada pelo incentivo na minha busca por esta trajetória, fostes essencial.

À minha amiga, comadre e irmã de coração, Flávia, por todo o incentivo e carinho. Obrigada por se fazer sempre presente, mesmo estando do outro lado do mundo.

À todos familiares e amigos que compreenderam a minha ausência em muitos momentos. Obrigada por todo o apoio.

As professoras Lisiane, Ana Karina e Naiana pelo gentil aceite da participação na banca deste estudo. Obrigada pela disponibilidade em contribuir e compartilhar saberes.

Aos idosos por compartilharem um pouco de suas histórias e de tempo para que este estudo fosse possível. Meu muito obrigada.

A todos que contribuíram de alguma forma e ansiaram pela concretização deste trabalho e do meu sonho.

Gratidão!

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional traz impactos em diversos setores da sociedade, inclusive na saúde, refletindo no aumento na demanda. A maior expectativa de vida pode vir acompanhada de fragilidade e impactar negativamente nos vínculos familiares. A Atenção Domiciliar mostra-se como uma estratégia no cuidado da saúde dos idosos na comunidade, principalmente, para aqueles que apresentam dificuldade no deslocamento até um serviço de saúde. **Objetivos:** caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas, morbidades, e acesso aos serviços de saúde de acordo com o sexo e faixas etárias e identificar a relação da fragilidade do idoso e da funcionalidade familiar com o acesso ao serviço de saúde de idosos vinculados à Atenção Domiciliar. **Métodos:** estudo transversal analítico com 124 idosos ≥ 60 anos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde, realizado de novembro de 2018 a maio de 2019, através de visitas domiciliares. Para avaliar a fragilidade foi utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton, para a funcionalidade familiar foi utilizado o instrumento APGAR de família e para avaliar o acesso ao serviço de saúde, dados sociodemográficos e morbidades foi aplicado questionário elaborado pelas pesquisadoras. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (Parecer nº 35388), pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (Parecer nº 2.740.678) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSPA (Parecer nº 2.900.696). **Resultados:** a prevalência de fragilidade na amostra foi de 75% e 84,7% dos idosos apresentavam boa funcionalidade familiar. A fragilidade apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária, o número médio de morbidades, a presença de cuidador, não morar sozinho, forma de atendimento e déficit cognitivo. Já a funcionalidade familiar não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis estudadas. A idade média da amostra foi de 82,8 anos, houve prevalência do sexo feminino (71%). A maioria das mulheres era de viúvas, que recebiam benefício e VD com menor frequência, quando comparadas com o grupo masculino. A hipertensão foi a morbidade mais prevalente na amostra, independentemente do sexo e faixa etária. A artrose foi a única morbidade que apresentou-se estatisticamente significativa quando relacionada com o sexo feminino. **Conclusão:** os dados deste estudo poderão servir de subsídio para realização de outros estudos com foco nessa população específica, visando uma melhoria nos cuidados com idosos vinculados à AD da APS, impactando positivamente nesses indivíduos, na família e na sociedade. Além disso, destaca-se a relevância da visita domiciliar quando trata-se de uma população envelhecida e que apresenta limitações em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Envelhecimento. Família. Assistência Domiciliar. Acesso aos Serviços de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Population aging generates several sectors of society, including health, reflecting an increase in demand. Longer life expectancy can be accompanied by fragility and negatively impact family bonds. Home Care shows how a health care strategy for the elderly in the community, especially for those with difficulty in commuting to a health service. Objectives: to characterize the elderly regarding sociodemographic variables, morbidities and access to health services according to gender and age groups and to identify a relationship of frailty in the elderly and to familiarize them with familiarity or access to health services for elderly people linked to Home Care. **Methods:** cross-sectional analytical study with 124 elderly people ≥ 60 years of age linked to home care in primary health care, carried out from November 2018 to May 2019, through home visits. To assess frailty, the Edmonton Frail Scale was used, for family functionality the family APGAR instrument was used and to assess access to health services, sociodemographic data and morbidities, a questionnaire prepared by the researchers was applied. The project was approved by the Research Committee of the School of Nursing (Opinion n° 35388), by the Research Ethics Committee of HCPA (Opinion n° 2.740.678) and by the SMSPA Research Ethics Committee (Opinion n° 2.900.696). **Results:** the prevalence of frailty in the sample was 75% and 84.7% of the elderly had good family functioning. The frailty showed a statistically significant association with the age group, the average number of morbidities, the presence of a caregiver, not living alone, form of care and cognitive deficit. The family functionality did not present a statistically significant association with any of the studied variables. The mean age of the sample was 82.8 years, with a prevalence of females (71%). Most women were widows, who received benefits and DV less frequently, when compared to the male group. Hypertension was the most prevalent morbidity in the sample, regardless of gender and age group. Arthrosis was the only morbidity that was statistically significant when related to females. **Conclusion:** the data in this study may serve as a basis for carrying out other studies focusing on this specific population, aiming at improving care for the elderly linked to PHC PH, positively impacting these individuals, the family and society. In addition, the relevance of home visits stands out when it comes to an aging population with health limitations.

Keywords: Primary Health Care. Aging. Family. Home Assistance. Access to Health Services. Nursing.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento de la población tiene impactos en varios sectores de la sociedad, incluida la salud, lo que refleja un aumento de la demanda. La esperanza de vida más larga puede ir acompañada de fragilidad e impactar negativamente los lazos familiares. La atención domiciliaria se muestra como una estrategia para el cuidado de la salud de los ancianos en la comunidad, especialmente para aquellos que tienen dificultades para desplazarse a un servicio de salud. **Objetivos:** caracterizar a los adultos mayores con respecto a las variables sociodemográficas, las morbilidades y el acceso a los servicios de salud según el género y los grupos de edad, e identificar la relación entre la fragilidad de los adultos mayores y la funcionalidad familiar con el acceso al servicio de salud de las personas mayores vinculadas a la atención Hogar. **Métodos:** estudio analítico transversal con 124 personas mayores ≥ 60 años vinculadas a la atención domiciliaria en atención primaria de salud, realizado desde noviembre de 2018 hasta mayo de 2019, a través de visitas domiciliarias. Para evaluar la fragilidad, se utilizó la Escala de fragilidad de Edmonton, para la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento APGAR familiar y para evaluar el acceso a los servicios de salud, los datos sociodemográficos y las morbilidades, se aplicó un cuestionario preparado por los investigadores. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela de Enfermería (Opinión n° 35388), por el Comité de Ética en Investigación de HCPA (Opinión n° 2.740.678) y por el Comité de Ética en Investigación de SMSPA (Opinión n° 2.900.696). **Resultados:** la prevalencia de fragilidad en la muestra fue del 75% y el 84,7% de los ancianos tenían buen funcionamiento familiar. La fragilidad mostró una asociación estadísticamente significativa con el grupo de edad, el número promedio de morbilidades, la presencia de un cuidador, que no vive solo, la forma de atención y el déficit cognitivo. La funcionalidad familiar no presentó una asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables estudiadas. La edad media de la muestra fue de 82.8 años, con una prevalencia de mujeres (71%). La mayoría de las mujeres eran viudas, que recibían beneficios y DV con menos frecuencia, en comparación con el grupo masculino. La hipertensión fue la morbilidad más prevalente en la muestra, independientemente del sexo y el grupo de edad. La artrosis fue la única morbilidad que fue estadísticamente significativa cuando se relacionó con las mujeres. **Conclusión:** los datos en este estudio pueden servir como base para llevar a cabo otros estudios centrados en esta población específica, con el objetivo de mejorar la atención a las personas mayores vinculadas a PHC PH, impactando positivamente a estos individuos, la familia y la

sociedad. Además, la relevancia de las visitas domiciliarias se destaca cuando se trata de un envejecimiento de la población con limitaciones de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Familia Asistencia a domicilio. Acceso a servicios de salud Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
APGAR	<i>Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CIF-A	<i>Canadian Initiative on Frailty and Aging</i>
DS	Distrito Sanitário
EAB	Equipe de Atenção Básica
EFS	<i>Edmonton Frail Scale</i>
EFE	Escala de Fragilidade de Edmonton
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NASFs	Núcleos de Atenção à Saúde da Família
NEESFAC	Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
POA	Porto Alegre
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo primário	19
2.2	Objetivos secundários	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1	Envelhecimento populacional e políticas públicas do envelhecimento	20
3.2	Atenção domiciliar	21
3.3	Fragilidade do idoso	23
3.4	Funcionalidade familiar de idosos	24
3.5	Acesso aos serviços de saúde	26
4	MÉTODO	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Local de realização do estudo	28
4.3	Participantes do estudo	29
4.3.1	Critérios de inclusão	29
4.3.2	Critérios de exclusão	29
4.3.3	Cálculo da amostra	29
4.4	Coleta de dados	30
4.4.1	Instrumentos para a coleta de dados	31
4.4.1.1	<i>Miniexame do Estado Mental (MEEM)</i>	31
4.4.1.2	<i>Questionário de dados de identificação, sociodemográficos, morbidades e acesso aos serviços de saúde</i>	32
4.4.1.3	<i>Escala de Fragilidade de Edmonton</i>	32
4.4.1.4	<i>APGAR de família</i>	33
4.5	Análise dos dados	34
4.6	Aspectos éticos	34
5	ARTIGO 1	36
6	ARTIGO 2	54
7	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	79

APÊNDICE A – Questionário de dados sociodemográficos, condições de saúde do idoso e acesso aos serviços de saúde	89
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Projeto maior	91
ANEXO A – Miniexame do Estado Mental (MEEM)	93
ANEXO B – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE)	94
ANEXO C – APGAR de família	96
ANEXO D – Termo de Compromisso de Utilização de Dados HCPA	97
ANEXO E – Termo de Compromisso de Utilização de Dados SMSPA	98
ANEXO F – Ata do Exame de Qualificação do Projeto de Dissertação	99
ANEXO G – Parecer do CEP da HCPA	100
ANEXO H – Parecer do CEP da SMSPA	106

1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por um processo de envelhecimento rápido, o qual apresenta impacto em diversos setores. De acordo com uma revisão da *United Nations* (2017) sobre as perspectivas da população mundial, o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais no mundo em 2030 deverá ser de 1,4 bilhão, e em 2050 de 2,1 bilhões, ou seja, um acréscimo de 50% na população idosa.

Cuidar de uma população cada vez mais envelhecida mostra-se um grande desafio. Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que para este ano o número de brasileiros com 60 anos ou mais deverá alcançar o patamar de 29 milhões, aumentando para 42,1 milhões em 2030, devendo atingir 66,2 milhões em 2050, ou seja, um acréscimo de 60% na população idosa (IBGE, 2018).

A população do Estado do Rio Grande do Sul (RS), segundo o último censo do IBGE (2010), era composta por 10.693.929 habitantes e, destes, 12,9% eram idosos (IBGE, 2019). Já a estimativa do IBGE (2018) para 2019 é de que 18,2% da população será composta de idosos com 60 anos ou mais. O Município de Porto Alegre (POA) em 2010 contava com 1.409.351 habitantes, representando 13,2% da população do RS, e, destes, 15% eram idosos. A população de idosos deste município aumentou 27,5% em uma década, conforme os resultados do censo de 2010 em comparação ao de 2000 (OBSERVAPOA, 2018). Em 2016, Porto Alegre foi considerada a capital com maior proporção de idosos (15,04%), seguida do Rio de Janeiro (14,89%) e Belo Horizonte (12,61%) (OBSERVAPOA, 2016).

O aumento significativo no número de idosos decorre da redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população, que vêm se propagando de forma rápida. O envelhecimento decorrente de um processo natural, da diminuição progressiva da reserva funcional, é denominado senescência e, quando acompanhado de doenças crônicas, deterioração das funções e fragilidade, é denominado de senilidade (BRASIL, 2017a; UNITED NATIONS, 2017).

No envelhecimento fisiológico dos indivíduos é comum ocorrer uma perda funcional gradual e progressiva, que não provoca incapacidade, mas que resulta em limitações ao idoso. Algumas destas perdas podem ser mais expressivas e agrupadas, caracterizando a síndrome da fragilidade (MORAES, 2008; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017). Fadiga, perda de peso sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão reduzida e alteração no tempo da marcha e do equilíbrio estão entre os sinais

e sintomas físicos desta síndrome. Esses fatores contribuem para o risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, dependência e morte (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

A fragilidade pode impactar negativamente nas relações familiares do idoso (KARUNANANTHAN *et al.*, 2009). Entende-se por funcionalidade da família o modo como esta é capaz de cumprir e harmonizar as funções essenciais, de forma apropriada à identidade e às tendências das famílias e de seus membros, de forma realista em relação aos perigos e oportunidades que prevalecem no meio social (SZYMANSKI, 2004; SILVA *et al.*, 2013).

A funcionalidade familiar compõe o Sistema Familiar, que pode ser compreendido como funcional quando a família enfrenta conflitos e situações críticas em busca da estabilidade emocional, apresentando capacidade de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva. Já no Sistema Familiar disfuncional são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros, fazendo com que não exista comprometimento com a resolução integrada, acabando por isolar o idoso do grupo (BRASIL, 2006a).

A identificação da capacidade da família no cuidado com a pessoa idosa permite a elaboração de um projeto terapêutico mais adequado para cada caso, fortalecendo as redes de apoio e a interação entre a família e os profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2017). Para realizar o fortalecimento das redes de apoio, frente às mudanças enfrentadas no perfil demográfico e epidemiológico da população, seria necessário rever as estruturas dos serviços de saúde, além de programas e políticas públicas de saúde direcionados às particularidades da população idosa (BRASIL, 2017a).

Políticas de saúde propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) desenvolvidas para essa população buscam promover o envelhecimento saudável. Para isso, os serviços de saúde precisam acolher os idosos, e ofertar o cuidado integral e continuado conforme a sua condição de saúde (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017). Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel fundamental, devendo ser a porta de entrada preferencial desses usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017b).

A APS é organizada por Redes de Atenção à Saúde, que são arranjos organizacionais de conjuntos de serviços de saúde articulados entre si a fim de atender às demandas e garantir o cuidado de forma contínua e integral aos idosos (MENDES, 2010). Algumas ações são essenciais no contexto da APS e, dentre elas, destacam-se as que priorizam a independência e a autonomia do idoso pelo maior tempo possível (BRASIL, 2006b). Aos idosos em estabilidade

clínica, que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, é ofertada pelo SUS a Atenção Domiciliar (AD). Esta é uma forma de tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos destes usuários. A AD está dividida em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), designada ao usuário que requer cuidados de menor frequência e complexidade; Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2), dirigida ao usuário com necessidades de cuidado intensificado e sequencial; e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), ao usuário que necessitar de cuidado multiprofissional de maior complexidade e frequência (BRASIL, 2016).

A AD1 é de responsabilidade direta das Equipes de Atenção Básica (EABs) e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs), já a AD2 e a AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2016). A AD oportuniza ao profissional de saúde prestar uma assistência embasada no conhecimento biopsicossocial do paciente e sua família, vendo o indivíduo como um todo e atentando para as particularidades, superando o modelo biomédico, focado na doença (RIBEIRO; ABREU, 2016). O perfil do paciente atendido pela AD1 pode ser contemplado nos seguintes itens: pacientes com problemas de saúde controlados/compensados; aqueles com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; os que necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de 1 visita/mês - dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva do envelhecimento populacional, vem ocorrendo um aumento no consumo dos serviços pelos idosos nos últimos anos, o que comprova que eles são usuários frequentes dos serviços de saúde (VERAS; PARAHYBA, 2007). Sendo assim, é importante nortear o planejamento na Atenção Primária à Saúde para idosos frágeis e, para tanto, faz-se necessário o conhecimento de como se dá o acesso aos serviços de saúde dessa população (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

A literatura traz conceitos sobre acesso aos serviços de saúde, por este ser um tema complexo e que tem relação com a percepção das necessidades de saúde (UNGLERT, 1999; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). O acesso aos serviços de saúde está ligado aos princípios de equidade, integralidade e universalidade, não equivalendo simplesmente à utilização do serviço de saúde (BULGARELLI *et al.*, 2017). Para o presente estudo, define-se o acesso como a possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Nesse contexto, é pertinente identificar os fatores que estão relacionados à utilização dos serviços de saúde, identificando razões para possíveis diferenças na procura e forma de acesso (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Idosos frágeis tendem a utilizar mais os serviços de saúde, ficarem hospitalizados e necessitar de maiores cuidados por parte de sua família. Assim, torna-se importante identificar os idosos frágeis na comunidade para que esses tenham um cuidado direcionado, procurando evitar hospitalizações e complicações advindas da fragilidade (HOECK *et al.*, 2012). Neste cenário, o papel que o enfermeiro desempenha acolhendo a população idosa e sua família, conhecendo a realidade em que está inserida e prestando um cuidado integral, é primordial para uma assistência de qualidade (RIBEIRO; ABREU, 2016).

Este estudo é parte de um estudo maior intitulado “Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário de Porto Alegre”, em parceria com o Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC). Neste contexto, esta pesquisa visa relacionar a fragilidade e a funcionalidade familiar com o acesso ao serviço de saúde de idosos vinculados à AD da APS de um Distrito Sanitário (DS) no Município de Porto Alegre/RS. Ela se torna relevante pois foram encontradas lacunas na literatura no que tange à abordagem da relação entre tais fatores na população idosa que recebe AD1 da APS. Assim, poderá trazer subsídios para a elaboração de intervenções destinadas a esta população, além de sugerir novas abordagens de pesquisa sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Identificar a relação da fragilidade do idoso e da funcionalidade familiar com o acesso ao serviço de saúde de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos secundários

- a) Caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas e morbidades, de acordo com o sexo e faixas etárias;
- b) Caracterizar esses idosos quanto ao acesso aos serviços da Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde, de acordo com o sexo e faixas etárias;
- c) Identificar as morbidades mais prevalentes de acordo com o sexo e faixas etárias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional e políticas públicas do envelhecimento

O fenômeno do envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida e intensa em todo o mundo. A estimativa para o ano de 2050, de todas as regiões do mundo, exceto a África, é que aproximadamente um quarto ou mais da população será de idosos (UNITED NATIONS, 2017). No Brasil, o número de pessoas com mais de 60 anos deverá ser de 29,3% da população total em 2050, destes, estima-se que 6,7% terão mais de 80 anos (BRASIL, 2017a).

O envelhecimento populacional decorre da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da esperança de vida. Algumas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006a).

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento estão voltados para a necessidade de propiciar uma atenção abrangente à saúde da pessoa idosa. Busca-se não somente o controle das doenças, mas proporcionar o bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, a melhora da qualidade de vida do idoso. Com isso, a atenção passa a ser prioritariamente multidimensional, sendo importante a participação de todos os profissionais da saúde para as tomadas de decisão acerca da definição da melhor conduta a ser seguida (FREITAS; PY, 2016).

Na medida em que os impactos desta transição estão presentes tanto nos setores sociais quanto na estrutura familiar, devido à redução da população ativa e aumento de dependentes (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), aumentam a demanda para os serviços de saúde e o despreparo dos profissionais para abordar a população envelhecida (SOUZA; HORTA, 2012). Portanto, faz-se necessária a criação de novas políticas de saúde e suporte social para essa população.

Cronologicamente, a população idosa passou a ter políticas de saúde voltadas a ela, a nível nacional, a partir de 1994, com a Política Nacional do Idoso (PNI), visando assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições de promoção da autonomia, sua integração, participação e direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994). Em 1999, foi lançada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) com o intuito de promover a elaboração ou adequação de planos, projetos e ações relacionadas à saúde do idoso (BRASIL, 2006b).

No âmbito internacional, em 2002, na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madrid, surge o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003), com o objetivo de garantir envelhecimento com segurança, dignidade e oportunidades de participação social e promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. No mesmo ano, visando às ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, foram propostas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso no Brasil (BRASIL, 2002).

Em 2003, no Brasil, foi publicado o Estatuto do Idoso, de acordo com a Lei nº 10.741, que trata da defesa dos direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e das penalidades referentes à violação desses direitos. Este Estatuto visa assegurar a integralidade, igualdade e acesso integral da pessoa idosa aos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Já, em julho de 2017, houve uma alteração em alguns dos artigos do Estatuto do Idoso, passando a ser assegurada prioridade especial aos maiores de 80 anos em relação aos demais idosos (BRASIL, 2017c).

Em 2006 foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com foco na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. A PNSPI define que a atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a atenção primária, tendo como referência uma rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006b).

Todas estas políticas públicas buscam promover o envelhecimento ativo e saudável. Para isso, os serviços de saúde precisam acolher os idosos e ofertar o cuidado integral conforme a condição de saúde do idoso (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017).

3.2 Atenção domiciliar

A APS, além de ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, tem a responsabilidade de coordenar a continuidade do cuidado e o fluxo de informações ao longo de toda a Rede de Atenção à Saúde (OPAS/OMS BRASIL, 2019). Os estabelecimentos de saúde que realizam ações e serviços de Atenção Básica (AB), no âmbito do SUS, são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com a Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017b).

É esperado que na atenção primária seja oferecida à pessoa idosa e à sua rede de suporte social uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar (SOUZA; HORTA, 2012). A AD, desde 2011, está prevista nas leis orgânicas do SUS como

uma modalidade de atenção à saúde, possuindo um papel essencial na gestão do cuidado dos usuários, bem como na articulação dos pontos de atenção, ampliando a resolutividade e a integralidade do cuidado. Como citado anteriormente, a AD está dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3 (BRASIL, 2016).

A AD1 é uma modalidade destinada aos usuários que necessitam de cuidados com menor frequência e menores intervenções dos profissionais de saúde, uma vez que este usuário deve ser estável e se pressupõem cuidados satisfatórios pelos cuidadores (BRASIL, 2016). A AD2 é indicada para usuários que, com o intuito de abreviar ou evitar hospitalizações, apresentem as seguintes condições: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demandem atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário (BRASIL, 2016).

Já na AD3 estão inseridos usuários que tenham quaisquer das situações para ser inseridos na AD2, porém necessitem de cuidados mais frequentes e uso de equipamento ou procedimentos de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea). Usualmente, precisam de períodos maiores de acompanhamento domiciliar, que acabam demandando maior disponibilidade dos profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

As modalidades AD2 e AD3 são vinculadas às equipes do SAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliária (EMADs) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD (BRASIL, 2016).

No cenário internacional, estudo realizado em 11 países da Europa traz o *Home Care* como importante ferramenta no cuidado continuado com os idosos na comunidade (CARPENTER *et al.*, 2004). Na Noruega, estudo realizado com idosos na comunidade, mostra os benefícios e a satisfação dessa população em relação às visitas dos profissionais da saúde no domicílio (TØIEN; BJØRK; FAGERSTRÖM, 2018). Já, em âmbito nacional, encontram-se poucos estudos que abordem a AD1, principalmente quando voltada ao atendimento ao idoso (BAJOTTO *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2013).

A AD serve como estratégia na oferta de cuidado e atenção aos usuários frente às mudanças de perfil demográfico e epidemiológico, o que envolve um cuidado diferenciado,

considerando as condições de saúde, mas, principalmente, o contexto ao qual o usuário está inserido. Porém, ainda existe uma demanda a ser atendida pela AD maior do que a oferta de serviços que esta modalidade consegue oferecer (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014; BRAGA *et al.*, 2016).

3.3 Fragilidade do idoso

O aumento da população idosa e de sua expectativa de vida tem como algumas de suas consequências as doenças crônicas não transmissíveis e as incapacidades. O comprometimento do idoso atinge, muitas vezes, negativamente sua família, comunidade e o sistema de saúde, uma vez que pode ocasionar vulnerabilidade e dependência, causadas pelas perdas funcionais e que podem culminar em um quadro de fragilidade (BUCKINX *et al.*, 2015; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

Pesquisadores do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) desenvolveram a *Edmonton Frail Scale* (EFS), para realizar a detecção clínica de fragilidade em pessoas idosas (ROLFSON *et al.*, 2006). Essa escala foi adaptada e validada para uso no Brasil por Fabrício-Wehbe e colaboradores (2009), sendo considerada confiável e viável, denominada Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE). Esta é considerada uma proposta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas mais completa e de fácil manuseio e aplicação devido a ser uma escala mais abrangente, pois contempla aspectos de cognição, humor e suporte social (ROCKWOOD; HOGAN; MACKNIGHT, 2000).

Entre os sinais e sintomas da fragilidade estão: fadiga, perda de peso sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, alteração no tempo da marcha e do equilíbrio. Sua prevalência aumenta à medida que a idade avança, determinando ao idoso maiores riscos para sua saúde, como: mortalidade, institucionalização, hospitalização e quedas (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017). Estas últimas, quando associadas com a fragilidade, podem trazer problemas à saúde do idoso, catalogados como as grandes síndromes geriátricas do século XXI (FHON *et al.*, 2013; FHON *et al.*, 2016).

A avaliação de idosos frágeis pode contribuir para esclarecer o impacto de limitações funcionais e dependência percebida neste grupo, auxiliar na avaliação do desempenho de programas de saúde e serviços voltados para esta população, bem como orientar a criação de políticas de saúde (VARELA *et al.*, 2015; MACIEL *et al.*, 2016). Assim, visa reduzir a gravidade da fragilidade, proporcionando benefícios para os indivíduos, suas famílias e para a

sociedade (FHON *et al.*, 2013; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; BUCKINX *et al.*, 2015). Esta é um tipo de síndrome que pode ser evitada quando identificada precocemente ou postergada com intervenções baseadas em seus indicadores (HARDY *et al.*, 2005).

Muitos agravos ocasionados pela síndrome da fragilidade podem ser prevenidos no nível da APS, desde que os profissionais estejam atentos aos fatores que determinam a gênese da síndrome e sensibilizados para a importância da detecção precoce. Pesquisas analisaram que há diversos fatores que podem estar envolvidos na origem da fragilidade, contemplando os níveis: fisiológico, sociodemográfico, psicológico, nutricional, além de morbidades relacionadas (LACAS; ROCKWOOD, 2012; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014).

A EFS tem sido usada mundialmente. No Peru, 27,8% da amostra de idosos analisada eram frágeis e 47,3%, pré-frágeis (RUNZER-COLMENARES *et al.*, 2014). Na China, utilizando a mesma escala para avaliação da fragilidade em idosos da comunidade, evidenciou-se que 14% apresentavam algum grau de fragilidade e 14,1% apresentavam predisposição para fragilidade (YANG *et al.*, 2018). Já, na Colômbia, 101 idosos na comunidade foram entrevistados e apresentaram 8,9% de prevalência para fragilidade (RAMÍREZ RAMÍREZ; CADENA SANABRIA; OCHOA, 2017).

No Brasil, alguns estudos trazem dados sobre a prevalência da fragilidade e fatores associados utilizando a EFE. Carneiro e colaboradores (2017), em estudo realizado em Minas Gerais com idosos, concluíram que a taxa de prevalência da fragilidade foi de 47,2% entre a amostra analisada. Outro estudo, com idosos atendidos em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, realizado em São Paulo, também utilizando a EFE, demonstra que 30,1% da amostra apresentava algum grau de fragilidade (FERNANDES *et al.*, 2013). Em análises de fatores associados à fragilidade de idosos, estudos têm abordados especialmente aspectos sociodemográficos, morbidades, quedas e sintomas depressivos (CARNEIRO *et al.*, 2017; CRUZ *et al.*, 2017). Entretanto, os estudos nacionais encontrados utilizaram a Escala de Fragilidade de Edmonton em idosos em geral da comunidade, institucionalizados ou hospitalizados.

3.4 Funcionalidade familiar de idosos

Com o acelerado envelhecimento da população, a família constitui o principal sistema de suporte ao idoso, mesmo com inúmeras dificuldades vivenciadas na contemporaneidade, o que tem feito com que o idoso venha gradativamente perdendo o seu papel e funções sociais

(SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004). As estruturas familiares têm passado por algumas transformações decorrentes do processo de industrialização, da urbanização da população rural, do ingresso da mulher no mercado de trabalho, tornando-se estruturas familiares nucleares e intergeracionais (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; CARDOSO; SAMPAIO; VILELA, 2017).

Os membros da família acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar funcione adequadamente (BRASIL, 2006a). Entretanto, com estas transformações, muitas vezes as famílias tornaram-se menores e com um maior número de idosos, muitas vezes demandando mais cuidados. Os membros mais velhos e frágeis estão vivendo por mais tempo, o que significa uma convivência familiar intergeracional mais prolongada (SILVA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, estudos têm utilizado o instrumento APGAR de Família para avaliar a funcionalidade familiar de idosos inseridos em diferentes contextos (SOUZA *et al.*, 2014; VERA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2017; TESTON; SILVA; MARCON, 2017). Este instrumento foi desenvolvido em por Smilkstein (1978), traduzido e validado para o contexto brasileiro por Duarte (2001).

O acrônimo APGAR procura responder aos seguintes aspectos: 1) *Adaptation* (Adaptação): como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro da família com a atenção recebida; 2) *Partnership* (Companheirismo): como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar na resolução de problemas; 3) *Growth* (Desenvolvimento): como a promoção do crescimento é compartilhada e qual o nível de satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar; 4) *Affection* (Afetividade): como são as interações emocionais entre os membros da família e a relação de intimidade no contexto familiar; 5) *Resolve* (Capacidade resolutiva): como o tempo é compartilhado e qual a satisfação do membro da família com esse compartilhamento (SMILKSTEIN, 1978; BRASIL, 2006a).

Como a família é essencial para o desenvolvimento de seus membros e no processo saúde/doença, é importante que o profissional da enfermagem estabeleça vínculos e estimule laços de compromisso e de responsabilidade entre os familiares que residem com idosos e sua rede social de apoio (CAMPOS *et al.*, 2017). Os arranjos familiares nem sempre são favoráveis à permanência do idoso, assim, o profissional que atua junto a esses grupos deve ser capaz de avaliar a melhor forma de intervir em benefício do idoso (MARTINS *et al.*, 2009).

Na AD, entender a funcionalidade familiar do idoso constitui-se em um elemento de gestão do cuidado, além de prática diagnóstica e terapêutica. A funcionalidade está diretamente relacionada com fatores que mantêm o equilíbrio das relações entre os membros da família e a qualidade assistencial prestada ao idoso (BRASIL, 2012a).

Alguns estudos nacionais têm avaliado a funcionalidade familiar através do APGAR, porém com idosos em geral residentes na comunidade, não tendo sido identificados estudos que realizem essa avaliação com idosos que recebem AD1. Estudos com idosos na comunidade têm mostrado que a maioria dos sistemas familiares são funcionais (PAIVA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2017).

3.5 Acesso aos serviços de saúde

Existem diversos conceitos sobre acesso aos serviços de saúde por este ser um tema complexo e que tem relação com a percepção das necessidades de saúde, para a conversão dessas necessidades em demandas e estas em uso (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Na APS há um compartilhamento das capacidades do sistema para dar respostas às necessidades de saúde da população, visando a um atendimento resolutivo e à busca da melhoria do acesso (STARFIELD, 2002; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Conforme abordado na introdução deste estudo, será utilizado o conceito de acesso de Travassos, Oliveira e Viacava (2006), que descreve o acesso como a possibilidade de utilizar os serviços quando necessário, visando atender às necessidades do indivíduo. O acesso também expressa características de oferta que facilitam ou dificultam a capacidade das pessoas de usarem serviços de saúde quando deles necessitam.

O acesso aos serviços de saúde está fortemente relacionado à equidade e à capacidade dos sistemas de saúde de se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos cidadãos (BARROS *et al.*, 2016). O SUS orienta-se pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade no que se refere aos serviços de saúde. O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Entretanto, devemos considerar que, em países em desenvolvimento, ainda existe um importante desequilíbrio entre demanda e oferta nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial (O'DONNELL, 2007).

As experiências internacionais têm trazido as tecnologias em saúde como um meio para equilíbrio entre oferta e demanda e como facilitadoras na prestação da assistência domiciliar (GOKALP *et al.*, 2018; VALDIVIESO *et al.*, 2018). Estas formas de assistência oportunizam ao paciente e/ou cuidador o acesso à equipe assistencial por meio da tecnologia, podendo tirar dúvidas e recorrer diretamente ao profissional em caso de intercorrências, evitando a ida desnecessária aos serviços de saúde, ou mesmo o agravamento do problema (BRASIL, 2014).

A literatura apresenta uma lacuna em relação aos estudos sobre acesso aos serviços de saúde com a população idosa, sobretudo aquela que recebe AD. Levando isto em conta, mostra-se importante o incentivo a estudos que abordem esta temática, tendo em vista o acelerado envelhecimento populacional.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico. Este modelo prevê que as medidas das variáveis sejam realizadas em um único momento, e fornece informações sobre a prevalência, o padrão de distribuição e a relação entre as mesmas, podendo ser utilizado para o planejamento de intervenções e ações (HULLEY *et al.*, 2015).

4.2 Local de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido no domicílio dos usuários vinculados à AD das UBS do DS Centro (Figura 1) do Município de POA, o qual é dividido em 17 DS.

O DS Centro é composto por três serviços de APS: Santa Cecília (Unidade de Saúde (US) com quatro Equipes de Saúde da Família), Modelo (uma US sem Equipe de Saúde da Família e uma US com duas Equipes de Saúde da Família) e Santa Marta (uma US sem Equipe de Saúde da Família e uma US com duas Equipes de Saúde da Família). Os serviços estão localizados na região centro-oeste de POA, sendo um dos campos de práticas disciplinares e estágios da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de fácil acesso e com maior proporção de idosos cadastrados do município (OBSERVAPOA, 2018; COORSAÚDE, 2019).

Figura 1 – Distrito Sanitário Centro do Município de Porto Alegre



Fonte: OBSERVA POA, 2019.

O DS Centro compreende 19,7% da população do município, destacando-se pelo elevado número de idosos, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos do

município. O DS Centro abrange na sua totalidade 278.066 habitantes e, destes, 60.371 (21,8%) são idosos (PMPA, 2018).

4.3 Participantes do estudo

A população foi composta de usuários idosos vinculados à AD1 do DS Centro do Município de POA. Os critérios de inclusão e exclusão, bem como o cálculo amostral, seguiram as definições do estudo maior, conforme descrição a seguir.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, vinculadas à AD1 do DS Centro.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Idosos que não foram localizados após três tentativas de contato via telefone, em turnos e dias diferentes, ou que não estavam no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar (VD);
- Idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita;
- Diagnóstico médico prévio de demência avançada (informado pelo cuidador/familiar ou profissional da equipe);
- Ser institucionalizado, devido ao acesso e cuidado contínuos de profissionais da saúde.

4.3.3 Cálculo da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa WinPepi versão 11.65. Considerando-se uma correlação mínima de 0,25, visto que abaixo deste valor seria considerado negligenciável, entre as escalas de fragilidade e funcionalidade familiar com a frequência de acesso aos serviços de saúde, 5% de significância e 80% de poder estatístico, resultou em uma amostra de 124 sujeitos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por enfermeiras mestrandas acompanhadas por discente da graduação de enfermagem sob orientação da pesquisadora orientadora deste trabalho no período de novembro de 2018 a maio de 2019. As pesquisadoras realizaram três encontros para treinamento da aplicação das escalas, supervisionados pela orientadora. Nestes foram discutidos cada item das escalas e como realizar a aplicação das mesmas.

Nas entrevistas sempre estavam presentes dois pesquisadores, sendo um destes uma enfermeira preparada para dar suporte aos idosos e acompanhantes nos casos em que houvesse algum desconforto. Alguns idosos demonstraram algum tipo de emoção ao responderem certas perguntas, porém não quiseram interromper a participação no estudo nem remarcar a entrevista.

No caso de alteração significativa verificada nas medidas dos instrumentos, incompatível com a situação do idoso, as pesquisadoras haviam se comprometido a levar o caso para a equipe de referência do serviço, para serem realizados os devidos encaminhamentos. Não houve nenhum caso envolvendo as escalas.

Inicialmente foi realizada identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS Centro, através de planilhas eletrônicas de Excel, contendo as listas de pacientes, ou pelos prontuários de papel disponibilizados pelos serviços de saúde Santa Cecília, Santa Marta e Modelo, contabilizando 250 idosos. Para aqueles indivíduos que preencheram aos critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista, sempre tendo o cuidado de preservar a privacidade do idoso.

Em conformidade com os critérios de exclusão, foram realizadas três tentativas de contato telefônico em diferentes dias e turnos e, nos casos em que não foi possível realizar o primeiro contato por telefone, os pesquisadores fizeram uma tentativa de VD para realizar a entrevista. Nos casos em que o idoso não tinha disponibilidade no momento, foi realizado agendamento para outro dia. Considerando-se os critérios de exclusão, atingiu-se o tamanho amostral de 124 idosos após o esgotamento de todas as listagens fornecidas.

Na entrevista foi explicado o objetivo do projeto e, mediante a concordância em participar do estudo, assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite foram aplicados os instrumentos: Miniexame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A); questionário de dados pessoais, sociodemográficos, morbidades e acesso aos serviços de saúde (APÊNDICE A); Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (ANEXO B); APGAR de Família (ANEXO C). As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos.

O primeiro instrumento aplicado foi o MEEM, pois, quando a pontuação mostrou-se menor ou igual 13, considerado como ponto de corte para analfabetos (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), o cuidador/familiar que estava acompanhando o idoso foi convidado a auxiliar nas respostas aos instrumentos aplicados. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas com o próprio idoso, buscando-se auxílio do cuidador/familiar somente no caso supracitado.

4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

Os instrumentos que foram utilizados na coleta de dados estão descritos nos próximos subitens.

4.4.1.1 *Miniexame do Estado Mental (MEEM)*

O MEEM (ANEXO A) busca avaliar o nível de cognição mental dos indivíduos através de um conjunto de questões e tarefas. Ele foi proposto inicialmente por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e, após, diversos autores propuseram ajustes na tradução para a versão brasileira (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; ALMEIDA, 1998; LOURENÇO; VERAS, 2006). O MEEM é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção apresenta questões que avaliam orientação, memória e atenção, apresentando um total de 21 pontos. A segunda seção compreende a capacidade de nomeação, de obediência a comando verbal e escrito, de redação de uma sentença e de cópia de um desenho (polígonos), resultando em mais 9 pontos, totalizando 30 pontos da escala.

O estudo de Bertolucci e colaboradores (1994), ao comparar os quatro níveis de escolaridade (analfabetos, baixa, média e alta), obteve diferença estatística significativa ($p < 0,0001$) entre os escores, exceto para os indivíduos de baixa e média escolaridade, quando comparados entre si. Eles estipularam valores de corte para cada grupo, tomando como referência o percentil 5% da porção inferior da curva de distribuição dos valores dos escores. Estes foram: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade. Quando os autores compararam estes resultados aos obtidos com o MEEM em 94 indivíduos com déficits cognitivos comprovados, utilizando os níveis de corte por eles determinados, encontraram: sensibilidade de 82,4% para analfabetos, 75,6% para baixa e média e 80% para alta escolaridade; e especificidade de 97,5% para analfabetos, 96,6% para baixa e média e 95,6% para alta escolaridade. Os autores do estudo acreditam que devam ser utilizados níveis de corte

diferenciados para cada escolaridade a fim de que erros diagnósticos possam ser minimizados (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Embora com sua funcionalidade e utilidade, o MEEM não deve ser usado de forma isolada, mas como instrumento auxiliar (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975). A classificação de Bertolucci e colaboradores (1994) será utilizada no presente estudo para realizar a avaliação do nível de cognição mental dos idosos, pois grande parte dos estudos com idosos no Brasil utiliza os escores propostos pelo autor citado, facilitando a comparação (BRUCKI *et al.*, 2003; ELIAS *et al.*, 2018; MORAES *et al.*, 2019).

4.4.1.2 Questionário de dados de identificação, sociodemográficos, morbidades e acesso aos serviços de saúde

Este questionário foi desenvolvido pelas pesquisadoras e utilizado para coletar dados de identificação, como: tempo de acompanhamento pela AD1, data de nascimento, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, número de indivíduos que residem no domicílio; dados sobre as morbidades; dados sobre o acesso: se possui algum plano de saúde suplementar, a forma de assistência que utiliza quando necessita, com que frequência recebe VD dos profissionais da AD1 (APÊNDICE A).

Para este estudo optamos por dividir as faixas etárias em: 60 a 84 anos e 85 anos ou mais, devido à amostra ser composta, na maioria, de idosos mais velhos, tornando essa divisão mais homogênea para realização das análises e de acordo com estudos internacionais que trazem idosos longevos com idade igual ou superior a 85 anos (XIE *et al.*, 2008; KAMO *et al.*, 2017).

4.4.1.3 Escala de Fragilidade de Edmonton

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) foi criada por pesquisadores canadenses e é utilizada para realizar a avaliação da fragilidade em idosos (ROLFSON *et al.*, 2006). Vários estudos utilizam a EFE devido à fácil aplicação e possibilidade de ser executada por uma equipe multiprofissional (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; VARELA *et al.*, 2015).

A fragilidade dos idosos participantes do estudo foi avaliada pela EFE (ANEXO B). Em 2008 ela foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro. Ela é composta por nove domínios, representados por 11 itens: cognição, estado geral de saúde, independência funcional,

suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os escores para análise da fragilidade são: 0 a 4 – não apresenta fragilidade, 5 a 6 – aparentemente vulnerável, 7 a 8 – fragilidade leve, 9 a 10 – fragilidade moderada, 11 ou mais – fragilidade severa. Sendo 17 a pontuação máxima dessa escala, que representa o grau mais elevado de fragilidade (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

No ano de 2013 foi realizada a reprodução da versão brasileira adaptada da Edmonton para idosos residentes na comunidade. No teste interobservador, o Kappa foi de 0,81 (IC 0,61-1,00) e o coeficiente de correlação intraclasse, de 0,87 (IC 0,82-0,91, $p < 0,001$). No intraobservador, o Kappa foi de 0,83 (IC 0,72-0,94) e o coeficiente de correlação, de 0,87 (IC 0,81-1,00, $p < 0,001$). Mostrando nas conclusões que a escala é confiável e tem boa reprodutibilidade, sendo viável no diagnóstico de fragilidade nos idosos (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2013).

Para o presente estudo iremos categorizar os indivíduos como não frágeis (0-6) e frágeis (7-17), conforme realizado em estudo com idosos da comunidade em Minas Gerais (CARNEIRO *et al.*, 2017).

4.4.1.4 APGAR de família

Será utilizado o instrumento de APGAR de Família (ANEXO C) para avaliar a funcionalidade familiar dos idosos inseridos na AD1. O instrumento Family APGAR foi desenvolvido por Gabriel Smilkstein em 1978 e após ser traduzido, adaptado e validado, foi renomeado para APGAR de Família (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001).

Estes domínios são avaliados por meio de cinco questões simples, com opções de resposta: “sempre (2)”, “algumas vezes (1)” e “nunca (0)”, indicando através da soma total dos escores a funcionalidade familiar (0 a 4: elevada disfunção familiar; 5 e 6: moderada disfunção familiar; 7 a 10: boa funcionalidade familiar), ou seja, quanto mais alto o escore total, maior é capacidade de adaptação da família à nova situação, enquanto escores menores são indicadores de ambientes estressantes, que podem requerer intervenções apropriadas. Este instrumento possibilita verificar indícios de disfunção familiar, através da percepção dos usuários sobre suas famílias como recurso ou fator estressor (SMILKSTEIN, 1978; BRASIL, 2006a).

O APGAR de Família foi analisado quanto aos seus cinco domínios e apresentou confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de KruskalWallis) (DUARTE, 2001).

As propriedades psicométricas dessa escala também foram testadas com idosos do Nordeste brasileiro. Os resultados demonstraram alfa de Cronbach 0,80 e coeficiente de discriminação entre 0,52 e 0,68. O valor do alfa de Cronbach com um dos itens suprimido variou de 0,73 a 0,78. A análise fatorial revelou unifatorialidade do instrumento. A validade de critério mostrou coeficiente de correlação de 0,76. O APGAR de Família mostrou-se confiável e válido na amostra com os idosos do Nordeste brasileiro (SILVA *et al.*, 2014).

4.5 Análise dos dados

Os dados de interesse foram digitados e armazenados em planilha do programa Excel®, com dupla entrada, validados, e posteriormente transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 21.0, para as análises estatísticas.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias foi utilizado o teste *t*-Student e, em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney. Na comparação de proporções os testes qui-quadrado ou exato de Fisher foram aplicados. Para controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi aplicado. Foram inseridas no modelo multivariado todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada e permaneceram no modelo final apenas as com $p < 0,10$. O nível de significância adotado foi de 5%.

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). Na visita domiciliar foi aplicado o TCLE aos idosos (APÊNDICE B), lido e assinado em duas vias, sendo destinada uma via para os pesquisadores e outra para os participantes do estudo. Esta pesquisa visa assegurar o anonimato dos participantes, a liberdade de participação e o caráter voluntário.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa foram o tempo dedicado para as entrevistas e o desconforto que os questionamentos poderiam gerar, e a qualquer momento a entrevista podia ser interrompida e/ou reagendada pelo idoso e/ou cuidador.

A participação neste estudo não trouxe benefícios diretos aos idosos, porém agrega conhecimento sobre as condições de saúde dessa população, podendo contribuir com estudos futuros que visem a melhor qualidade para a assistência prestada na atenção domiciliar.

As pesquisadoras do estudo maior assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados do HCPA (ANEXO D) e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) (ANEXO E). O projeto maior foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (Parecer nº 35388), pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (Parecer nº 2.740.678) e pelo CEP da SMSPA (Parecer nº 2.900.696). Os materiais de coleta serão guardados pelos pesquisadores por cinco anos e, após, serão destruídos.

5 ARTIGO 1

FRAGILIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ACESSO DE IDOSOS VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹ FRAGILITY, FAMILY FUNCTIONALLY AND ACCESS OF ELDERLY PERSONS LINKED TO HOME CARE IN PRIMARY CARE

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência de fragilidade, os níveis de funcionalidade familiar e a relação dessas duas variáveis com o acesso ao serviço de saúde de idosos brasileiros vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário de Porto Alegre/RS.

Método: estudo transversal analítico com uma população de 124 idosos ≥ 60 anos. A coleta foi realizada no período de novembro de 2018 a maio de 2019, através de visitas domiciliares. Para avaliar a fragilidade foi utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton, para a funcionalidade familiar foi utilizado o instrumento APGAR de Família e para avaliar o acesso ao serviço de saúde foi aplicado questionário elaborado pelas pesquisadoras incluindo frequência e forma de acesso.

Resultados: a prevalência de fragilidade foi de 75%, e 84,7% dos idosos apresentaram boa funcionalidade familiar. Dentre os frágeis e os que não apresentavam disfunção familiar, a maioria recebia como forma de atendimento a visita domiciliar exclusiva. A fragilidade apresentou associação estatisticamente significativa com maior faixa etária, número médio de morbidades mais elevado, a presença de cuidador, não morar sozinho, forma de atendimento e

¹ Este artigo será submetido à revista *Geriatrics Gerontology International*.

déficit cognitivo. Já a funcionalidade familiar não apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas.

Conclusão: com o acelerado envelhecimento populacional, acentua-se a importância de conhecer as particularidades do idoso, com a presença ou não de fragilidade e disfunção familiar e o modo como este tem acesso à Atenção Domiciliar, para que, assim, o profissional de saúde possa prestar cuidado de qualidade e resolutivo a esta população.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, envelhecimento, família, visitas domiciliares.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por um processo de envelhecimento acelerado, decorrente da redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Projeção da população mundial traz que o número de pessoas idosas deverá ser de 2,1 bilhões em 2050.¹

No Brasil, projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística² apontam que para o ano de 2019 o número de brasileiros com 60 anos ou mais deverá alcançar o patamar de 29 milhões, ou seja, 13,8% do total da população. Para isso, políticas de saúde propostas pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde desenvolvidas a essa população buscam promover o envelhecimento saudável. E os serviços de saúde precisam acolher os idosos, e ofertar o cuidado integral e continuado conforme a sua condição de saúde.³

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel fundamental, devendo ser a porta de entrada preferencial desses usuários no sistema de saúde.⁴ Aos idosos em estabilidade clínica, que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, é ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Domiciliar (AD) vinculada à APS.⁵

A AD está dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Sendo a AD1 de responsabilidade direta das Equipes de Atenção Básica e dos Núcleos de Atenção à Saúde da

Família, designada ao usuário que requer cuidados de menor frequência e complexidade, ou seja, menores intervenções dos profissionais de saúde, uma vez que este usuário deve ser estável. Já as outras duas modalidades são ofertadas para usuários que necessitam de cuidados de maior complexidade.⁵

Nessa perspectiva do envelhecimento populacional, vem ocorrendo um aumento no consumo dos serviços pelos idosos nos últimos anos, o que comprova que eles são usuários frequentes dos serviços de saúde.⁶ Portanto, torna-se importante conhecer como ocorre o acesso aos serviços de saúde dessa população, de forma a nortear o planejamento na APS para idosos.⁷

Cuidar dessa população cada vez mais envelhecida mostra-se um grande desafio. No envelhecimento fisiológico desses indivíduos é comum ocorrer uma perda funcional gradual e progressiva, que não provoca incapacidade, mas que resulta em limitações ao idoso. Algumas destas perdas podem ser mais expressivas e agrupadas, caracterizando a síndrome da fragilidade. Esta, por sua vez, contribui para o aumento do risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, dependência e morte.^{8,9}

Com o avanço da fragilidade no idoso, é possível que ocorram alterações na dinâmica de interações intrafamiliares, impactando de forma negativa na funcionalidade familiar. Entende-se por funcionalidade da família o modo como esta é capaz de cumprir e harmonizar as funções essenciais, de forma apropriada à identidade e às tendências das famílias e de seus membros, de forma realista em relação aos perigos e oportunidades que prevalecem no meio social.^{10,11}

Tendo em vista que a funcionalidade familiar, a fragilidade e o acesso ao serviço de saúde são condições inerentes ao trabalho desempenhado por profissionais da saúde na AD, evidencia-se a importância destes profissionais na consolidação do cuidado prestado de forma eficaz e resolutiva. Ademais, a população idosa demanda desses profissionais um atendimento mais direcionado e especializado devido às suas particularidades.¹²

Na literatura existem lacunas quanto à relação da fragilidade e da funcionalidade familiar com o acesso aos serviços de saúde. Este estudo teve por objetivo identificar a prevalência de fragilidade, os níveis de funcionalidade familiar e a relação dessas duas variáveis com o acesso ao serviço de saúde de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre/RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico com idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde de um distrito sanitário do Município de Porto Alegre, sul do Brasil. Este conta com 17 distritos sanitários, e o escolhido para o estudo destaca-se pelo elevado número de idosos, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos de Porto Alegre.¹³

A coleta de dados foi realizada de outubro de 2018 até abril de 2019. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa WinPepi versão 11.65. Considerando-se uma correlação mínima de 0,25, entre as escalas de fragilidade e funcionalidade familiar com a frequência de acesso aos serviços de saúde, 5% de significância e 80% de poder estatístico, resultou em uma amostra de 124 sujeitos.

A identificação dos usuários vinculados na AD1 do DS escolhido deu-se através de planilhas eletrônicas de Excel ou pelos prontuários disponibilizados pelos serviços de saúde. O critério de inclusão utilizado foi: pessoas idosas com 60 anos ou mais vinculadas à AD do DS escolhido. Já os critérios de exclusão foram: idosos não localizados após três tentativas de contato via telefone, em turnos e dias diferentes, ou após uma tentativa de visita domiciliar; idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita; diagnóstico médico prévio de demência avançada (informado pelo cuidador/familiar ou profissional da equipe) e ser institucionalizado, devido ao acesso e cuidado contínuos de profissionais da saúde.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos por pesquisadoras treinadas. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, aplicou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), utilizando os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade, e 26 para alta escolaridade.¹⁴ Quando a pontuação foi menor ou igual 13, o cuidador/familiar que estava acompanhando o idoso foi convidado a auxiliar nas respostas aos instrumentos.

Foi aplicado um questionário elaborado pelas pesquisadoras contendo: dados de identificação, tempo de acompanhamento pela atenção domiciliar, dados sociodemográficos (data de nascimento, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, número de indivíduos residem no domicílio); morbidades, número de internações no último ano, acesso ao serviço de saúde (se possui algum plano de saúde, quando necessita de assistência qual a forma que utiliza, com que frequência recebe visita domiciliar).

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) foi utilizada para realizar a avaliação da fragilidade em idosos. Esta foi criada por pesquisadores canadenses e traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro.^{15,16} Mostrando nas conclusões que a escala é confiável e tem boa reprodutibilidade, sendo viável no diagnóstico de fragilidade nos idosos.¹⁷ A EFE é composta por nove domínios, representados por 11 itens: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os escores finais para análise da fragilidade são: 0 a 4 – não apresenta fragilidade, 5 a 6 – aparentemente vulnerável, 7 a 8 – fragilidade leve, 9 a 10 – fragilidade moderada, 11 a 17 – fragilidade severa.¹⁶ Para este estudo optou-se pela classificação: não frágil (0-6) e frágil (7-17).

O instrumento APGAR de Família foi aplicado para avaliar a funcionalidade familiar. Este acrônimo avalia: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Companheirismo), *Growth* (Desenvolvimento), *Affection* (Afetividade) e *Resolve* (Capacidade resolutiva). Estes são

avaliados por meio de cinco questões simples, com opções de resposta: “sempre (2)”, “algumas vezes (1)” e “nunca (0)”, indicando através da soma total dos escores a funcionalidade familiar (0 a 4: elevada disfunção familiar; 5 e 6: moderada disfunção familiar; 7 a 10: boa funcionalidade familiar).^{18,19} O APGAR de Família foi analisado quanto aos seus cinco domínios e apresentou confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de KruskalWallis).²⁰ Para este estudo optamos pela classificação: apresenta disfunção familiar (0-6) e boa funcionalidade familiar (7-10).

Para comparar médias das variáveis de interesse foi aplicado o teste *t*-Student e, em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney. Os testes qui-quadrado ou exato de Fisher foram realizados para comparar as proporções. Para controle de fatores confundidores, aplicou-se o modelo de regressão de Poisson. Foram inseridas no modelo multivariado todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, e permaneceram no modelo final apenas as com $p < 0,10$. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises se realizaram no programa *SPSS for Windows* versão 21.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Parecer nº 2.740.678) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Porto Alegre (Parecer nº 2.900.696).

RESULTADOS

A idade da amostra variou entre 60 e 99 anos, sendo a média de idade 82,8 anos ($\pm 9,2$), com maior proporção de idosos na faixa etária de 60 a 84 anos 55,6%. A maior parte dos idosos era do sexo feminino (75,8%), estudaram até 4 anos (45,2%) e tinham renda *per capita* de aproximadamente 1,5 salários mínimos (considerando o salário mínimo de R\$ 954,00). Eram aposentados (79,8%), viúvos (47,6%), estavam na companhia de cuidador no momento da entrevista (47,6%), e não moravam sozinhos (83,9%).

Identificou-se que um percentual maior da amostra estava sendo acompanhado pela AD entre 1 e 3 anos (35,5%), 50% eram visitados uma vez ou mais por mês, cerca de 53% não possuíam plano de saúde, aproximadamente 73% recebiam VD exclusiva como forma de atendimento, 75% eram frágeis e cerca de 85% apresentaram boa funcionalidade familiar.

A Tabela 1 mostra as associações da presença ou não de fragilidade com as demais variáveis de interesse estudadas.

Tabela 1 - Associações de variáveis sociodemográficas, acesso ao serviço de saúde, cognição e funcionalidade familiar com a fragilidade de idosos, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Variáveis	Não frágil	Frágil	
Tempo de acompanhamento na atenção domiciliar – n (%)			0,080
< 1 ano	5 (16,1)	15 (16,1)	
1 a 3 anos	8 (25,8)	36 (38,7)	
> 3 a 5 anos	13 (41,9)	18 (19,4)	
> 5 anos	5 (16,1)	24 (25,8)	
Faixa etária – n (%)			0,009
60 – 84	24 (77,4)	45 (48,4)	
85 ou >	7 (22,6)	48 (51,6)	
Sexo – n (%)			1,000
Masculino	8 (25,8)	22 (23,7)	
Feminino	23 (74,2)	71 (76,3)	
Nível de escolaridade – n (%)			0,659
0 – 4 anos	12 (38,7)	44 (47,3)	
5 – 8 anos	11 (35,5)	26 (28,0)	
> 8 anos	8 (25,8)	23 (24,7)	
Renda <i>Per capita</i> [†] – mediana (P25-P75)	2 (1-2,5)	1,3 (1-2)	0,077
Fonte de renda – n (%)			
Aposentadoria	27 (87,1)	72 (77,4)	0,366
Benefício	7 (22,6)	29 (31,2)	0,493
Ajuda da família	3 (9,7)	24 (25,8)	0,102
Estado conjugal – n (%)			0,412
Casado/com companheiro	8 (25,8)	25 (26,9)	
Solteiro	7 (22,6)	16 (17,2)	
Divorciado/separado	4 (12,9)	5 (5,4)	
Viúvo	12 (38,7)	47 (50,5)	
Número de morbidades – mediana (P25-P75)	2(2-3)	3(2-4)	0,027
Presença de cuidador – n (%)			<0,001
Não	24 (77,4)	23 (24,7)	
Sim	7 (23,6)	70 (75,3)	
Frequência de visitas domiciliares – n (%)			0,056
< 1 x por mês	2 (6,5)	21 (22,6)	
1 x ou mais por mês	15 (48,4)	47 (50,5)	

Quando solicitado	14 (45,2)	25 (26,9)	
Mora sozinho – n (%)			<0,001
Sim	14 (45,2)	6 (6,50)	
Não	17 (54,8)	87 (93,5)	
Plano de saúde – n (%)			0,678
Sim	13 (41,9)	45 (48,4)	
Não	18 (58,1)	48 (51,6)	
Forma de atendimento – n (%)			
VD exclusiva	14 (45,2)	76 (81,7)	<0,001
Desloca-se até o serviço	17 (54,8)	17 (18,3)	<0,001
Déficit cognitivo – n (%)			<0,001
Com	5 (16,1)	56 (60,2)	
Sem	26 (83,9)	37 (39,8)	
APGAR [‡] – n (%)			0,780
Com disfunção familiar	4 (12,9)	15 (16,1)	
Sem disfunção familiar	27 (87,1)	78 (83,9)	

[†]Calculada com base no salário mínimo vigente (R\$ 954,00); [‡]APGAR – Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve.

Conforme a Tabela 1, idosos da faixa etária de 85 anos ou mais, com presença de cuidador, que não moravam sozinhos, que recebiam como forma de atendimento VD exclusiva e apresentavam déficit cognitivo eram mais frágeis. O tempo de acompanhamento pela AD, frequência de VD realizada pelos profissionais e possuir ou não plano de saúde não mostraram associação significativa com a presença ou ausência de fragilidade.

O grupo de idosos frágeis apresentou significativamente maior número de morbidades (Tabela 1). Quando avaliadas as morbidades individualmente, as que se associaram significativamente com a presença de fragilidade foram: Parkinson (100% frágeis; $p=0,037$), demência (95%; $p=0,048$) e depressão (88,4%; $p=0,022$). A maioria dos idosos frágeis não apresentaram disfunção familiar (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as associações da presença ou não de disfunção familiar com as demais variáveis estudadas.

Quando associadas as variáveis com a funcionalidade familiar, através do modelo multivariado, as variáveis benefício e plano de saúde permaneceram limítrofes, mas não significativas. Embora se observasse que um percentual maior de idosos mais jovens, do sexo feminino, aposentados, que não moravam sozinhos, recebiam VD exclusiva – como forma de

atendimento e sem déficit cognitivo possuíam disfunção familiar, tais resultados não foram estatisticamente significantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Associações de variáveis sociodemográficas, acesso ao serviço de saúde e cognição com a disfunção familiar, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Variáveis	Sem disfunção	Com disfunção	
Tempo de acompanhamento na atenção domiciliar – n (%)			0,248
< 1 ano	16 (15,2)	4 (21,1)	
1 a 3 anos	41 (39,0)	3 (15,8)	
> 3 a 5 anos	24 (22,9)	7 (36,8)	
> 5 anos	24 (22,9)	5 (26,3)	
Faixa etária – n (%)			1,000
60 – 84	58 (55,2)	11 (57,9)	
85 ou >	47 (44,8)	8 (42,1)	
Sexo – n (%)			1,000
Masculino	26 (24,8)	4 (21,1)	
Feminino	79 (75,2)	15 (78,9)	
Nível de escolaridade – n (%)			0,283
0 – 4 anos	46 (43,8)	10 (52,6)	
5 – 8 anos	30 (28,6)	7 (36,8)	
> 8 anos	29 (27,6)	2 (10,5)	
Renda <i>Per capita</i> [§] – mediana (P25-P75)	1,4 (1-2)	1,3 (1-2,5)	0,733
Fonte de renda – n (%)			
Aposentadoria	82 (78,1)	17 (89,5)	0,359
Benefício	34 (32,4)	2 (10,5)	0,098
Ajuda da família	21 (20,0)	6 (31,6)	0,363
Estado conjugal – n (%)			0,242
Casado/com companheiro	28 (26,7)	5 (26,3)	
Solteiro	18 (17,1)	5 (26,3)	
Divorciado/separado	6 (5,7)	3 (15,8)	
Viúvo	53 (50,5)	6 (31,6)	
Número de morbidades – mediana (P25-P75)	3 (2-4)	2 (2-4)	0,952
Presença de cuidador – n (%)			0,505
Não	38 (36,2)	9 (47,4)	
Sim	67 (63,8)	10 (52,6)	
Frequência de visitas domiciliares – n (%)			0,604
< 1 x por mês	18 (17,1)	5 (26,3)	
1 x ou mais por mês	54 (51,4)	8 (42,1)	
Quando solicitado	33 (31,4)	6 (31,6)	
Mora sozinho – n (%)			0,190
Sim	15 (14,3)	5 (26,3)	
Não	90 (85,7)	14(73,7)	
Plano de saúde – n (%)			0,091
Sim	53 (50,5)	5 (26,3)	
Não	52 (49,5)	14 (73,7)	

Forma de atendimento – n (%)			
VD exclusiva	77 (73,3)	13 (68,4)	0,871
Desloca-se até o serviço	28 (26,7)	6 (31,6)	0,871
Déficit cognitivo – n (%)			0,673
Com	53 (50,5)	8 (42,1)	
Sem	52 (49,5)	11 (57,9)	

§Calculada com base no salário mínimo vigente (R\$ 954,00).

A Tabela 3 mostra a razão de prevalência da fragilidade com algumas variáveis do estudo.

Tabela 3 – Análise de Regressão de Poisson Multivariada para avaliar os fatores independentemente associados com a fragilidade, Porto Alegre, RS, Brasil 2019

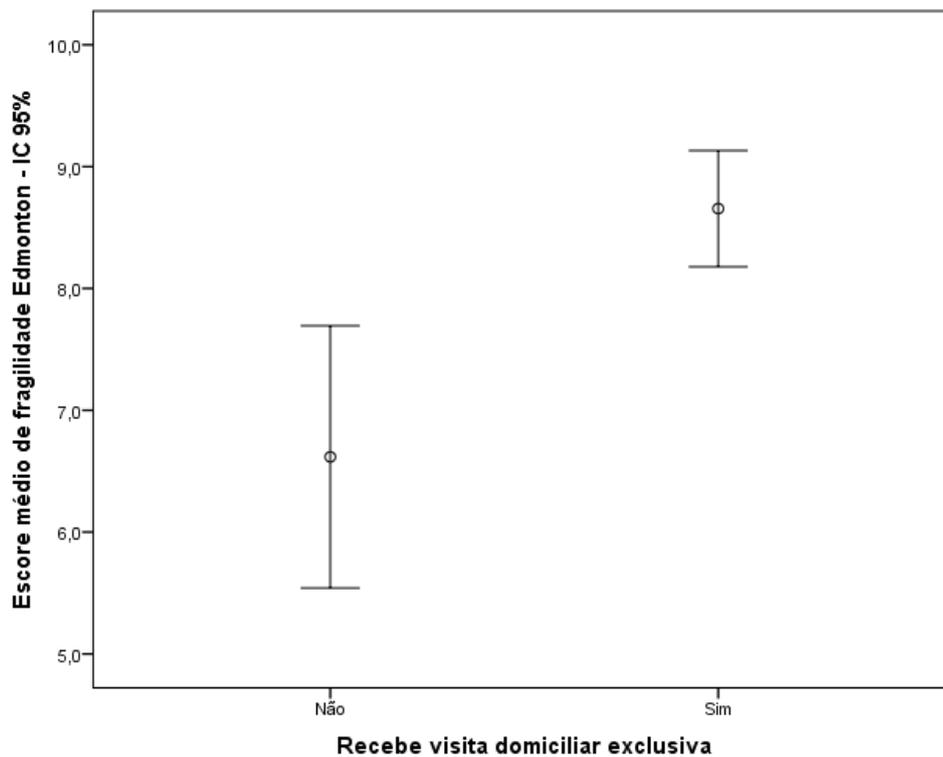
Variáveis	Razão de Prevalências (IC 95%)	
Faixa etária		
60 – 84	1,00	
85 ou >	1,24 (1,04 – 1,47)	0,014
Mora sozinho		
Sim	1,00	
Não	2,19 (1,11 – 4,31)	0,023
Forma de atendimento - VD exclusiva		
Sim	1,36 (1,01 – 1,85)	0,045
Não	1,00	
Déficit cognitivo		
Com	1,37 (1,12 – 1,68)	0,002
Sem	1,00	
Número de morbidades	1,05 (0,99 -1,09)	0,055

A faixa etária dos 85 anos ou mais teve maior chance (24%) de apresentar fragilidade, quando comparada à faixa etária de 60 a 84 anos. Quem não morava sozinho teve maior prevalência de fragilidade (119%) quando comparado a quem morava sozinho (Tabela 3).

Em relação à forma de atendimento, aqueles que recebiam VD exclusiva tinham 36% mais chance de serem frágeis, quando comparados ao grupo que não recebia exclusivamente esta forma de atendimento. Idosos com déficit cognitivo apresentavam maior prevalência de fragilidade (37%) em relação aos sem déficit cognitivo. O maior número de morbidades acrescenta 5% de chances de o idoso apresentar fragilidade (Tabela 3).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição média da EFE relacionada à forma de atendimento utilizada pelos idosos do estudo, VD exclusiva ou se havia deslocamento do indivíduo até o serviço de saúde.

Gráfico 1 – Distribuição da pontuação média da Escala de Fragilidade de Edmonton, de acordo com o acesso ao serviço de saúde por meio de visita domiciliar exclusiva ou não, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019



Observou-se que o escore médio da escala de fragilidade foi de 8,7 pontos entre idosos que recebiam VD exclusiva, enquanto que, entre os idosos que possuíam também outras formas de acesso, foi de 6,7 pontos ($p=0,001$) (Gráfico 1).

Evidenciou-se que receber benefício como fonte de renda tendia a reduzir a prevalência de fragilidade em 73% (RP: 0,27; IC: 0,88 – 15,05; $p: 0,073$). Pacientes que não possuíam plano de saúde apresentaram uma prevalência maior de fragilidade (160%), porém, não estatisticamente significativa (RP: 2,60; IC: 0,99 – 6,79; $p: 0,051$).

DISCUSSÃO

A amostra apresentou prevalência de 75% de idosos frágeis. Estudo com idosos da comunidade de Taiwan, com idade entre 65 e 79 anos, apresentaram prevalência inferior à deste estudo com relação à fragilidade, ou seja, apenas 14,9% foram considerados frágeis após a aplicação da mesma escala.²¹ Já estudo nacional, utilizando a EFE, porém, com idosos com 80 anos ou mais, da cidade de Ribeirão Preto, mostrou uma prevalência de 64% de idosos frágeis.²² Tais diferenças podem ser parcialmente explicadas pelas características particulares das amostras, além de diferentes contextos socioculturais em que viviam esses idosos.

Dentre os dados obtidos, a faixa etária apresentou associação positiva com a fragilidade. Tem-se encontrado na literatura evidências de que a prevalência da fragilidade aumenta com a idade.²³⁻²⁵ Estudo realizado no Peru com 311 idosos da comunidade que apresentavam 60 anos ou mais aponta a idade como um dos fatores significativos para a presença de fragilidade.²⁶

A fragilidade é decorrente de alguns fatores, sendo eles: biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, os quais resultam do processo de envelhecimento fisiológico e da presença de patologias.^{9,27} Idosos com maior número de morbidades apresentam maior propensão para o desenvolvimento de fragilidade.²⁸

Neste estudo, um maior número de morbidades apresentou associação positiva com a fragilidade, Parkinson, demência e depressão. No Taiwan, estudo com idosos também apresentou associação entre depressão e presença de fragilidade – utilizando EFE – com $p < 0,001$,²¹ e estudo brasileiro apresentou associação da presença de fragilidade com Parkinson ($p = 0,007$).²⁸ A hipertensão, apesar de ser a doença mais prevalente na amostra estudada, não teve significância estatística quando associada à fragilidade.

Houve associação positiva, neste estudo, entre a presença de fragilidade e a presença do cuidador, o que pode ser explicado pela necessidade de cuidados que o idoso frágil pode demandar. Estudo brasileiro, com idosos de 65 anos ou mais, também encontrou tal associação

utilizando a EFE.²⁴ Além disso, complementando esse dado, morar sozinho também apresentou associação com a fragilidade. Idosos que moravam sozinhos eram menos frágeis, ou seja, possivelmente por possuírem melhores condições de saúde, moravam sozinhos.

A aplicação do MEEM indicou que a maioria dos idosos que se apresentavam frágeis tinham também déficit cognitivo. Esses dados corroboram com os achados da literatura.^{21,29} Estudo realizados com 50 idosos mais velhos, utilizando a EFE e os mesmos pontos de corte para o MEEM, na cidade de São Paulo, reforçou a relação entre as duas variáveis.²²

Os idosos mais frágeis, em sua maioria (81,7%), receberam a VD exclusiva como forma de atendimento, corroborando com dados da literatura que trazem que idosos mais frágeis demandam mais cuidados por parte dos serviços de saúde.^{6,30} Assim, salienta-se a importância da formação profissional pautada nas necessidades da população que irá atender visando à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do idoso.

Foi encontrada uma lacuna na literatura sobre estudos que abordem o número de VDs que os idosos recebem dos profissionais da saúde quando vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde. Contudo, este é um dado importante para que se possa compreender se aqueles que mais necessitam de cuidados estão sendo priorizados nos serviços de saúde, propiciando que se realizem intervenções quando necessário, evitando agudização de problemas de saúde e internações.

Em relação à funcionalidade familiar, a amostra, em sua maioria (84,7%), apresentou boa funcionalidade familiar. Estudos realizados em Fortaleza e Minas Geras, utilizando a escala de APGAR com 80 idosos, apresentaram resultados semelhantes, com um percentual de famílias funcionalmente satisfatórias de 83,7%³¹ e 76,3%³². Um arranjo familiar adequado pode pressupor melhor qualidade de vida dos idosos, mostrando o quão significativas são as interações familiares, sua organização, apoio e o entendimento desta pelos profissionais de saúde.^{33,34}

O idoso frágil, por exemplo, acaba demandando cuidados por parte da família, impactando na dinâmica familiar e, por conseguinte, nas relações intrafamiliares.³⁵ No presente estudo, a funcionalidade familiar não esteve relacionada de forma estatisticamente significativa com as demais variáveis, o que pode ser parcialmente justificado pelo tamanho da amostra, pela possibilidade de o idoso sentir-se desconfortável em responder negativamente questões sobre as pessoas que cuidam dele, e também pelo próprio desempenho cognitivo.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra-se inovador por buscar conhecer, com uma população que vem crescendo significativamente, porém ainda pouco estudada, especialmente a atenção domiciliar da atenção primária à saúde. Ademais, compreende-se que limitações deste estudo podem ser compreendidas por se tratar de uma população específica, pelo tamanho amostral e por ser um estudo transversal, não podendo estabelecer relações de causa e efeito.

Diante do acelerado envelhecimento populacional, nota-se a importância de conhecer o idoso em todas as suas particularidades e o contexto familiar e social em que está inserido, para prestar assistência de qualidade a esta população. Na medida em que identificamos o idoso frágil e/ou com disfunção familiar, poderemos analisar se este está dispondo de acesso adequado ao serviço de saúde, seja ele por meio da VD exclusiva ou, quando há possibilidade, pelo deslocamento ao serviço de saúde, e se a quantidade de VDs está adequada à problemática deste indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Nova Iorque: United Nations, 2017.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 09]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>.
3. Dias FA, Gama ZAS, Tavares DMS. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. *Cogitare Enferm* 2017; 22: e53224.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2019 Aug 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília; 2016 [cited 2019 Aug 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
6. Hoeck S, François G, Geerts J, Van der Heyden J, Vandewoude M, Van Hal G. Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *Eur J Public Health* 2012; 22: 671-677.
7. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16: 2935-2944.
8. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008; 151-175.
9. Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017; 12: 1-9.

10. Szymanski H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. *Estud Psicol (Campinas)* 2004; 21: 5-16.
11. Silva DM, Vilela ABA, Souza AS, Alves MR, Silva DM, Souza TO. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. *Rev Enferm UFPE On Line* 2013; 7: 5550-5556.
12. Ribeiro DFS, Abreu GP. Atribuições do enfermeiro em um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde. *Academus Revista Científica da Saúde* 2016; 1: 1-11.
13. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 09]. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918.
14. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52: 1-7.
15. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006; 35: 526-529
16. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Am Enfermagem* 2009; 17: 1043-1049.
17. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da *Edmonton Frail Scale* para idosos residentes na comunidade. *Revista Latino-Am Enfermagem* 2013; 21: 1330-1336.
18. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-1239.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor - a ótica de idosos e cuidadores familiares [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

21. Chang CI, Chan DC, Kuo KN, Hsiung CA, Chen CY. Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern Taiwan community. *J Formos Med Assoc* 2011; 110: 247-257.
22. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude* 2014; 13: 120-127.
23. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Social support and the frailty syndrome among elderly residents in the community. *Cien Saude Colet* 2013; 18: 1835-1846.
24. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Enferm* 2016; 69: 435-442.
25. Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 625-631.
26. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 58: 69-73.
27. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health* 2015; 73: 1-7.
28. Farías-Antúnez S, Fassa AG. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saude* 2019; 28: e2017405.
29. Yassuda MS, Lopes A, Cachioni M, *et al.* Frailty criteria and cognitive performance are related: data from the FIBRA study in Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brazil. *J Nutr Health Aging* 2012; 16: 55-61.

30. Linck CL, Lange C, Schwartz E, Dilélio AS, Zillmer JGV, Thorferhn MB. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8: 130-135.
31. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm* 2011; 16: 22-28.
32. Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paul Enferm* 2017; 30: 358-367.
33. Rabelo DF, Neri AL. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18: 507-519.
34. Aguiar ACSA, Menezes TMO, Camargo CL. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Av Enferm* 2018; 36: 292-301.
35. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery* 2014; 18: 527-532.

6 ARTIGO 2

Idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços²

Aged people linked to Home Care in Primary Health Care: characterization, morbidities and access to services

Resumo

O rápido envelhecimento populacional traz desafios aos serviços de saúde, em vista disso, a Atenção Domiciliar é uma estratégia de ampliação de acesso e continuidade do cuidado. Objetivou-se analisar os idosos que recebem Atenção Domiciliar da Atenção Primária de um Distrito Sanitário de Porto Alegre, RS, quanto às variáveis sociodemográficas, às morbidades e ao acesso aos serviços de saúde por sexo e faixa etária. Estudo transversal analítico com 124 idosos realizado entre 2018 e 2019. Foi aplicado questionário sobre dados socioeconômicos, morbidades e acesso aos serviços. Utilizou-se o teste *t-Student* para comparar médias e, em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney. Na comparação de proporções os testes qui-quadrado ou exato de Fisher foram aplicados. A média de idade foi de 82,8 anos e predominou o sexo feminino. A maioria dos idosos mais velhos estudou de 0-4 anos e era viúva. Dentre as morbidades, a hipertensão prevaleceu e a artrose apresentou associação significativa com o sexo feminino ($p=0,004$). Em relação ao acesso, as mulheres recebiam visita domiciliar com menor frequência em comparação aos homens ($p=0,033$). Esses dados poderão subsidiar a implementação de intervenções, além de identificar possíveis melhorias nessa modalidade de atendimento.

² O artigo foi submetido à *Revista Ciência & Saúde Coletiva*.

Descritores: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

The rapid population aging brings challenges to health services, in view of this, Home Care is a strategy for expanding access and continuity of care. The objective was to analyze the aged who receive Home Care from Primary Care in a Health District of Porto Alegre/Brazil regarding socio-demographic variables, morbidities and access to health services by sex and age group. Cross-sectional analytical study with 124 aged people conducted between 2018 and 2019. A questionnaire was applied on socioeconomic data, morbidities and access to services. The t-Student test was used to compare means and, in case of asymmetry, the Mann-Whitney test. When comparing proportions, the chi-square or Fisher's exact tests were applied. The mean age was 82.8 years and the female gender predominated. Most of the aged people studied from 0 to 4 years old and were widowed. Among the morbidities, arterial hypertension prevailed and arthrosis was significantly associated with females ($p = 0.004$). Regarding access, women received home visits less frequently compared to men ($p = 0.033$). This data may support the implementation of interventions, in addition to identifying possible improvements in this type of service.

Descriptors: Aged; Primary Health Care; Nursing; Home Nursing; Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, em decorrência da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Mundialmente o número de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, deverá ser de 1,4 bilhão em 2030, chegando a 2,1 bilhões em 2050, ou

seja, haverá um acréscimo da população idosa de 50%¹. No Brasil, em 2012, o número total de idosos era de cerca de 21 milhões e projeções apontam que, no ano de 2030, o número de brasileiros com 60 anos ou mais deverá alcançar o patamar de 41,5 milhões, chegando a 66,4 milhões em 2050, abarcando um aumento de 60%². Além disso, o segmento dos idosos mais velhos também está aumentando de forma acelerada, motivo pelo qual se estima que, em 2050, 6,7% dos idosos terão mais de 80 anos³.

O envelhecimento populacional tem se caracterizado por maior proporção de mulheres, principalmente em idades mais avançadas⁴. Ocorre, porém, que o sexo feminino goza de menor proteção devido a alguns fatores, dentre os quais se destacam níveis mais baixos de renda, de escolaridade e maior número de doenças crônicas e de incapacidades⁵⁻⁶. No que se refere ao sexo masculino, há uma preocupação relacionada à necessidade de promoção do autocuidado, sobretudo porque os homens, quando se afastam do trabalho devido à aposentadoria, tendem a apresentar uma rede de apoio social mais limitada, o que os torna mais vulneráveis socialmente⁵.

Diante dessas particularidades, surgem desafios para os serviços de saúde, que ainda demonstram-se despreparados para atender às novas demandas de saúde⁷⁻⁹. Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) possui grande relevância, podendo ser uma estratégia de acolhimento e de ampliação do acesso aos serviços de saúde ao indivíduo idoso, ofertando, assim, um cuidado diferenciado, considerando as condições de saúde e o contexto em que o idoso está inserido¹⁰⁻¹².

A AD é organizada em três modalidades: AD tipo 1 (AD1), AD tipo 2 (AD2) e AD tipo 3 (AD3). A AD1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), das Equipes de Atenção Básica (EABs), apoiadas pelos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs), e está designada ao usuário que requer cuidados de menor frequência e complexidade. Já a AD2

e a AD3 são de responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), destinados aos usuários com maior complexidade¹³.

A AD1, ou denominada também de AD da APS, é menos divulgada em publicações quando comparada às modalidades AD2 e AD3, que fazem parte do “Melhor em Casa”. No entanto, a AD1 possui grande potencial de cuidado diante do envelhecimento populacional e do aumento de doenças crônicas, que, muitas vezes, resultam em limitações e dificuldades para acessar os serviços de saúde desses indivíduos⁹. Dentre suas funções estão as ações relacionadas à prevenção e ao tratamento de doenças, à reabilitação, à manutenção da capacidade funcional, bem como à palição e à promoção à saúde, garantindo, dessa forma, a continuidade de cuidados¹³.

Ter conhecimento dos múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento é fundamental para a prestação de um cuidado qualificado, o qual está voltado para a necessidade de propiciar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, motivo pelo qual o profissional de saúde tem papel essencial neste contexto¹⁴. Nesse sentido, embora os estudos encontrados na literatura que caracterizam a população idosa, em sua maioria, sejam referentes aos idosos da comunidade em geral^{4,15-16} sabe-se que os cuidados em saúde devem ser planejados em conformidade com a população a ser beneficiada, para assim ser possível propor intervenções específicas, que promovam assistência integral à saúde e que facilitem o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde.

Embora a AD1 não seja direcionada somente a idosos, observa-se, na prática, que grande parte dos usuários possui mais de 60 anos, principalmente em locais com população mais envelhecida¹⁷. A população de idosos que recebe AD1 da APS tem sido pouco explorada, sobretudo comparando-se sexos e faixas etárias. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar os idosos que recebem AD1 da APS de um Distrito Sanitário de Porto Alegre, RS,

quanto às variáveis sociodemográficas, às morbidades e o acesso aos serviços de saúde, de acordo com o sexo e com a faixa etária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado com idosos vinculados à Atenção Domiciliar tipo 1 da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário (DS) do município de Porto Alegre, RS. Este possui 17 DS, tendo sido desenvolvido o presente estudo no DS Centro, composto por três Unidades Básicas de Saúde (UBS): Santa Cecília (Unidade de Saúde (US) com quatro Equipes de Saúde da Família), Modelo (uma US sem Equipe de Saúde da Família e uma US com duas Equipes de Saúde da Família) e Santa Marta (uma US sem Equipe de Saúde da Família e uma US com duas Equipes de Saúde da Família). Dentre os DS, esse possui a maior proporção de idosos cadastrados de Porto Alegre, município que possui 21% de idosos¹⁸ dentre seus 285.892 de habitantes.

Os dados foram coletados no período de outubro de 2018 até abril de 2019. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*) versão 11.43. Considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 6% e uma população finita estimada em 227 idosos cadastrados na AD do DS Centro, obteve-se um total mínimo de 123 idosos. Sendo que após aplicados critérios de inclusão, exclusão e esgotamento das listas a amostra totalizou em 124 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Esses dados são oriundos de um estudo maior intitulado “Fragilidade, funcionalidade familiar e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica”.

A identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS escolhido foi através de listas, nas quais constavam nome, contato telefônico e endereço, fornecidas pelos enfermeiros e pelos agentes comunitários de saúde de cada UBS participante do estudo. Foram incluídos no estudo pessoas idosas com 60 anos ou mais vinculadas à AD1 desse DS, ao passo que foram excluídos

idosos não localizados após três tentativas de contato telefônico, em turnos e dias diferentes, ou após uma tentativa de visita domiciliar; idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita; idosos com diagnóstico médico prévio de demência avançada, conforme informado pelo cuidador/familiar ou pelo profissional da equipe, e idosos institucionalizados.

As pesquisadoras, duas enfermeiras e uma acadêmica de Enfermagem, foram treinadas para a coleta de dados e, posteriormente, realizaram-na no domicílio dos idosos. No início da entrevista aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, o Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi aplicado para saber se o idoso tinha condições de responder aos instrumentos sozinho.

O MEEM busca avaliar o nível de cognição mental dos indivíduos através de um conjunto de questões e tarefas. Ele foi proposto inicialmente por Folstein e colaboradores (1975) e, depois, diversos autores propuseram ajustes na adaptação e na validação para a versão brasileira¹⁹⁻²¹. Apesar de não ter todos os testes necessários para a validação, permanece sendo amplamente utilizado em estudos que objetivam rastrear o declínio cognitivo em idosos²²⁻²³. Estudo realizado por Santos e colaboradores²⁴ com idosos atendidos na APS para avaliação da confiabilidade do MEEM apresentou Alfa de Cronbach de 0,80, evidenciando, então, tratar-se de um instrumento confiável.

O MEEM é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção apresenta questões que avaliam orientação, memória e atenção, apresentando um total de 21 pontos. A segunda seção compreende a capacidade de nomeação, de obediência a comando verbal e escrito, de redação de uma sentença e de cópia de um desenho (polígonos), resultando em mais 9 pontos, de modo a totalizar 30 pontos da escala. Foram utilizados os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade¹⁹. Nos casos em que a pontuação foi menor ou igual a 13, o cuidador/familiar que estava

acompanhando o idoso foi convidado a auxiliar nas respostas aos instrumentos aplicados, a fim de garantir a veracidade dos dados informados.

Aplicou-se questionário elaborado pelas pesquisadoras contendo: dados de identificação, tempo de acompanhamento pela atenção domiciliar, dados sociodemográficos (data de nascimento, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar (aposentadoria, pensão por morte do companheiro(a), ajuda da família)), número de indivíduos que residem no domicílio, morbidades (autorreferidas), acesso ao serviço de saúde (se possui algum plano de saúde, qual a forma de assistência utilizada, frequência com que recebe o atendimento no domicílio). Nos questionamentos quanto à renda familiar e à forma de assistência utilizada (Visita Domiciliar (VD) exclusiva, deslocamento até o serviço, ligação para o serviço de saúde e ligação para o profissional) o idoso pôde selecionar mais de uma opção.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartílica, ao passo que as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste *t*-Student para comparar médias e, em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado ou exato de Fisher foram aplicados. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences*®, versão 21.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 2.740.678) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Porto Alegre (nº 2.900.696).

RESULTADOS

A média de idade da amostra foi de 82,8 (\pm 9,2) anos. A maior parte dos idosos eram do sexo feminino (75,8%), aposentados (79,8%) e não residiam sozinhos (83,9%). Além disso, apresentavam em média três morbidades, não apresentavam déficit cognitivo (50,8%), tinham

cuidador (62%), eram visitados uma ou mais vezes por mês (50%), não possuíam plano de saúde (53,2%) e recebiam exclusivamente visita domiciliar como forma de atendimento (72,6%).

A Tabela 1 mostra as associações das variáveis estudadas de acordo com a faixa etária dos 60 aos 84 anos (n=69) e dos 85 anos ou mais (n=55). Nível de escolaridade e estado conjugal estiveram estatisticamente associados com faixas etárias. Mais da metade dos idosos mais velhos tinham nível de escolaridade de 0 - 4 anos, eram aposentados, viúvos e possuíam plano de saúde. Além disso, 80% dos idosos mais velhos não conseguiam deslocar-se até o serviço de saúde para receber assistência de APS, e, portanto, recebiam o atendimento exclusivamente no domicílio (VD exclusiva).

Tabela 1 - Associações de variáveis sociodemográficas, número de morbididades, déficit cognitivo e acesso ao serviço de saúde de acordo com a faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Variáveis	Masculino (n=30)	Feminino (n=94)	P
Faixa etária – n (%)			0,236
60 – 84	20 (66,7)	49 (52,1)	
85 ou >	10 (33,3)	45 (47,9)	
Nível de escolaridade – n (%)			0,155
0 – 4 anos	9 (30,0)	47 (50,0)	
5 – 8 anos	11 (36,7)	26 (27,7)	
> 8 anos	10 (33,3)	21 (22,3)	
Renda familiar <i>Per capita</i> * – n (%)			0,100
Até 2 s.m.	8 (26,7)	35 (37,2)	
3-5 s.m.	19 (63,3)	39 (41,5)	
> 5 s.m.	3 (10,0)	20 (21,3)	
Fonte de renda – n (%)			
Aposentadoria	25 (83,3)	74 (78,7)	0,774
Pensão por morte de companheiro (a)	3 (10,0)	33 (35,1)	0,016
Ajuda da família	5 (16,7)	22 (23,4)	0,600
Mora sozinho – n (%)			1,000
Sim	5 (16,7)	15 (16,0)	
Estado conjugal – n (%)			<0,001
Casado/com companheiro	18 (60,0)	15 (16,0)	
Solteiro	7 (23,3)	16 (17,0)	
Divorciado/separado	0 (0,0)	9 (9,6)	
Viúvo	5 (16,7)	54 (57,4)	
Número de morbididades – mediana (P25-P75)	2 (2-3)	3 (2 -4)	0,048
Déficit cognitivo – n (%)			0,914
Sim	14 (46,7)	47 (50,0)	
Tempo de acompanhamento na AD – n (%)			0,103
< 1 ano	1 (3,3)	19 (20,2)	
1 a 3 anos	11 (36,7)	33 (35,1)	
> 3 a 5 anos	11 (36,7)	20 (21,3)	
> 5 anos	7 (23,3)	22 (23,4)	

Presença de cuidador – n (%)			0,074
Com cuidador	14 (46,7)	63 (67,0)	
Frequência de visitas domiciliares – n (%)			0,033
< 1 x por mês	1 (3,3)	22 (23,4)	
1 x ou mais por mês	16 (53,3)	46 (48,9)	
Quando solicitado	13 (43,3)	26 (27,7)	
Plano de saúde – n (%)			0,823
Sim	13 (43,3)	45 (47,9)	
Forma de atendimento – n (%)			
VD exclusiva	21 (70,0)	69 (73,4)	0,897
Desloca-se até o serviço	9 (30,0)	25 (26,6)	0,897
Ligação para o serviço de saúde	10 (33,3)	57 (60,6)	0,016
Ligação para o profissional	8 (26,7)	36 (38,3)	0,347

*Calculada com base no salário mínimo vigente (R\$ 954,00).

Na tabela 2 é possível observar as associações das variáveis estudadas de acordo com o sexo. As variáveis fonte de renda, pensão por morte de companheiro(a) ($p=0,016$), estado conjugal ($p<0,001$), número de morbidades ($p=0,048$), frequência das visitas domiciliares ($p=0,033$) e ligação para o serviço de saúde ($p=0,016$) apresentaram relação estatística com o sexo.

Tabela 2 - Associações de variáveis sociodemográficas, número de morbidades, déficit cognitivo e acesso ao serviço de saúde de acordo com o sexo, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

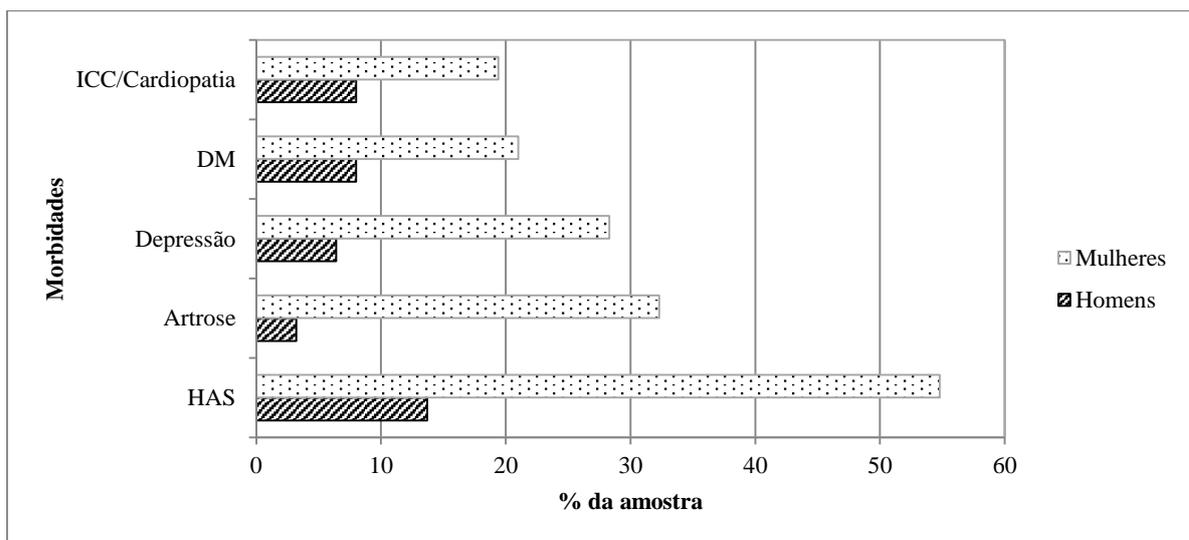
Variáveis	60 – 84 anos (n=69)	85 ou > anos (n=55)	p
Sexo – n (%)			0,236
Feminino	49 (71,0)	45 (81,8)	
Nível de escolaridade – n (%)			0,026
0 – 4 anos	24 (34,8)	32 (58,2)	
5 – 8 anos	23 (33,3)	14 (25,5)	
> 8 anos	22 (31,9)	9 (16,4)	
Renda familiar* – n (%)			0,402
Até 2 s.m.	26 (37,7)	17 (30,9)	
3-5 s.m.	33 (47,8)	25 (45,5)	
> 5 s.m.	10 (14,5)	13 (23,6)	
Fonte de renda <i>Per capita</i> * – n (%)			
Aposentadoria	52 (75,4)	47 (85,5)	0,243
Pensão por morte do companheiro (a)	17 (24,6)	19 (34,5)	0,313
Ajuda da família	13 (18,8)	14 (25,5)	0,504
Mora sozinho – n (%)			0,244
Sim	14 (20,3)	6 (10,9)	
Estado conjugal – n (%)			0,002
Casado/com companheiro	24 (34,8)	9 (16,4)	
Solteiro	14 (20,3)	9 (16,4)	
Divorciado/separado	8 (11,6)	1 (1,8)	
Viúvo	23 (33,3)	36 (65,5)	
Número de morbidades – mediana (P25-P75)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,773
Déficit cognitivo – n (%)			0,574
Sim	36 (52,2)	25 (45,5)	
Tempo de acompanhamento na AD – n (%)			0,798
<1 ano	12 (17,4)	8 (14,5)	

1 a 3 anos	26 (37,7)	18 (32,7)	
> 3 a 5 anos	17 (24,6)	14 (25,5)	
> 5 anos	14 (20,3)	15 (27,3)	
Presença de cuidador – n (%)			0,212
Sim	39 (56,5)	38 (69,1)	
Frequência de visitas domiciliares – n (%)			0,158
< 1 x por mês	9 (13,0)	14 (25,5)	
1 x ou mais por mês	35 (50,7)	27 (49,1)	
Quando solicitado	25 (36,2)	14 (25,5)	
Plano de saúde – n (%)			0,315
Sim	29 (42,0)	29 (52,7)	
Forma de atendimento – n (%)			
VD exclusiva	46 (66,7)	44 (80,0)	0,147
Desloca-se até o serviço	23 (33,3)	11 (20,0)	0,147
Ligação para o serviço de saúde	35 (50,7)	32 (58,2)	0,518
Ligação para o profissional	26 (37,7)	18 (32,7)	0,701

*Calculada com base no salário mínimo vigente (R\$ 954,00).

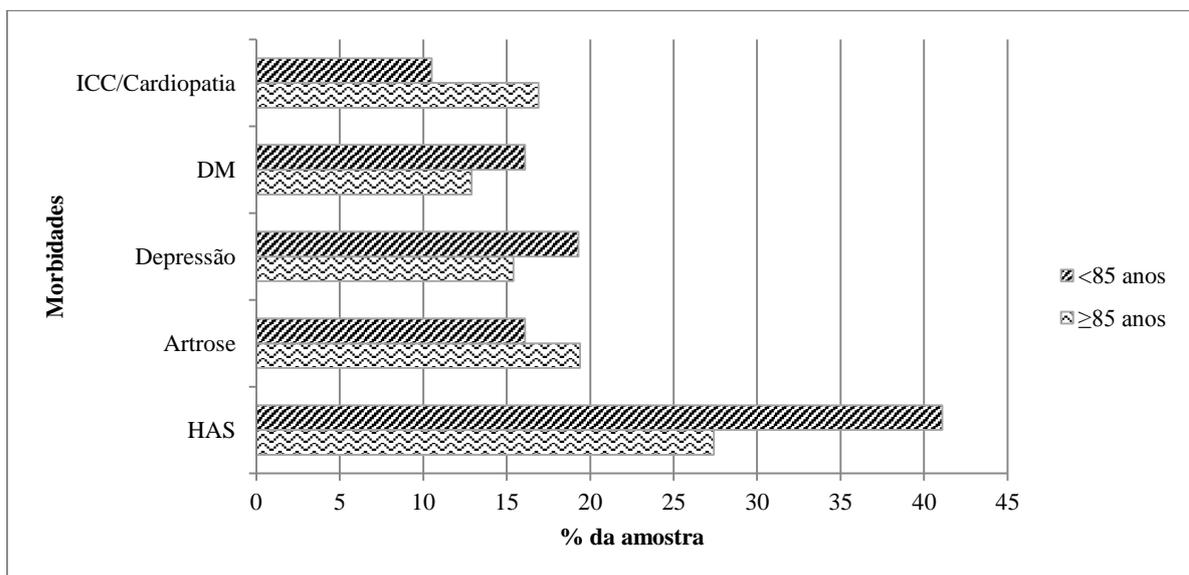
O Gráfico 1 retrata as cinco morbidades mais prevalentes na população estudada, conforme o sexo. Entre as morbidades autorreferidas, a HAS apresentou maior prevalência (68,5%), seguida da artrose e da depressão. Observou-se que todas as doenças ilustradas no Gráfico 1 foram mais prevalentes no sexo feminino. A única morbidade que apresentou associação estatisticamente significativa com o sexo foi a artrose ($p=0,004$), sendo referida na maior parte por mulheres.

Gráfico 1 – Distribuição das cinco morbidade mais prevalentes na amostra, de acordo com o sexo, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019



O Gráfico 2 apresenta as morbidades mais prevalentes de acordo com a faixa etária de idosos mais jovens e mais velhos. Nenhuma das morbidades apresentou associação estatisticamente significativa quando associada à faixa etária. Entretanto, a artrose apresentou valor limítrofe ($p=0,09$), de modo que um maior número de idosos mais velhos referiram possuir artrose.

Gráfico 2 – Distribuição das cinco morbidade mais prevalentes na amostra, de acordo com as faixas etárias, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019



Pode-se observar maior prevalência de HAS (41,1%), depressão (19,3%) e DM (16,1%) no grupo mais jovem. Já artrose (19,4%) e ICC/cardiopatia (16,9%) foram mais prevalentes no grupo de idosos mais velhos, quando comparados aos mais jovens.

DISCUSSÃO

A idade média da amostra foi de 82,8 anos ($\pm 9,2$), semelhante a outros estudos tanto de âmbito nacional, quanto internacional com idosos que recebem assistência domiciliar²⁵⁻²⁶. No entanto, estudos nacionais com idosos em geral da comunidade trazem uma média de idade inferior à apresentada^{15, 27}. Ressalta-se que a amostra deste estudo possui características

específicas, como o fato de receber AD, o que frequentemente é demandada por idosos mais velhos.

Quanto ao sexo, houve prevalência de mulheres (75,8%), condizente com os dados da literatura, relacionado ao fenômeno de feminização da velhice^{4, 15, 18, 27}. Já em relação à fonte de renda, 79,8% da amostra total dos entrevistados eram aposentados, sem diferença estatisticamente significativa nas proporções entre faixa etária ou sexo. Esse dado equipara-se aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios que aponta que 76,6% das pessoas com mais de 60 anos são aposentados e/ou pensionistas²⁸. A ajuda familiar nessa amostra não foi tão expressiva (18,8% aos idosos mais jovens e 25,5% aos idosos mais velhos), o que pode estar relacionado com a maior parcela da amostra (47,8% dos idosos mais jovens e 45,5% dos idosos mais velhos), com renda familiar de 3 a 5 salários mínimos. Tendo em vista que a renda familiar média em 2015 era de R\$ 1270²⁸, é provável que, em casos de precariedade econômica, o idoso receba ajuda da família para cobrir seus gastos, consoante evidenciado em outros estudos locais e nacionais²⁹⁻³¹.

Apesar do diferenciado aspecto econômico apresentado pelos participantes deste estudo, 83,9% não residiam sozinhos, 62% tinham cuidador e possuíam em média três morbidades. É clara, portanto, a necessidade de ajuda e de cuidados da maioria dos participantes deste estudo. Assim como destacado por Lima-Costa e colaboradores³², há fatores sociais, culturais e clínicos atrelados à demanda de possuir um cuidador e, sobretudo, de não deixar o idoso morar sozinho. Desse modo é constatada a necessidade de apoio prestado pelo familiar no domicílio relacionada à dificuldade dos idosos em realizar as atividades de vida diária^{32, 33}, tendência essa observada mundialmente³³⁻³⁷.

A presença de cuidador mostra-se primordial para idosos que possuem déficit cognitivo e conseqüentemente demandam ajuda para um melhor desempenho das atividades diárias³⁸. Além disso, o cuidador pode estimular o idoso a praticar atividades intelectuais, propiciar um

ambiente seguro e fortalecer o vínculo com a equipe de saúde³⁹. No presente estudo, parcela considerável da amostra apresentou déficit cognitivo (49,2%), o que pode estar relacionado à presença de cuidador, ao fato de não morar sozinho e à parcela de idosos mais velhos (44,3%). Sabe-se, pois, que quanto maior a idade do indivíduo, maior a probabilidade de apresentar déficit cognitivo⁴⁰.

O estudo traz ainda a conclusão de que a maior proporção dos idosos (72,6%) recebia VD exclusiva como forma de atendimento e a metade era visitada uma vez ou mais ao mês, evidenciando que essa população demanda maior cuidado tanto dos serviços de saúde, quanto de suas famílias e de cuidadores. Estudos demonstram que existe um aumento na demanda de idosos que procuram pelos serviços de saúde na APS^{41,42}, o que pode impactar em boa parte da amostra não ser acompanhada mensalmente em seu domicílio e em uma porcentagem tendo que acabar por deslocar-se até o serviço de saúde. Ademais, é preciso considerar que a população do DS em questão é numerosa e com elevada proporção de idosos, o que também pode impactar no atendimento ofertado pelos serviços de saúde, considerando a alta demanda populacional.

Relacionado ao diferenciado poder aquisitivo dos participantes deste estudo, encontra-se que apenas 53,2% relataram não possuir plano de saúde. Diferentemente do apresentado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios²⁸, a qual apontou que mais de 60% da população não possui plano de saúde e, nos casos de negros e pardos, esse número pode chegar a aproximadamente 79%. Portanto, os participantes deste estudo têm, mais uma vez, o aspecto econômico em destaque. Possuir um plano de saúde é relevante no que tange ao alívio dos serviços públicos de saúde, ainda mais relacionado aos idosos, faixa da população que mais utiliza os serviços de assistência da Saúde Suplementar brasileira⁴³. É importante destacar que a maioria dos idosos deste estudo que possuía plano de saúde era somente para transporte, possivelmente devido à dificuldade de mobilização até um serviço de saúde.

Em relação ao nível de escolaridade, este estudo apresentou similaridade com os achados de um estudo realizado em âmbito nacional, com 986 idosos da comunidade, que identificou uma proporção de, aproximadamente, 58% de idosos com nível de escolaridade de 0 a 4 anos⁴. O grau de escolaridade tem papel importante nas condições de saúde do indivíduo, sendo essencial para que se compreenda e se tenha discernimento para assimilar informações a respeito da prevenção, da adesão e do impacto das doenças e terapêuticas⁴⁴. No domicílio, o profissional de saúde consegue ter uma visão holística do cuidado e pode, por meio de ações educativas, orientar o idoso para que ele consiga ter entendimento sobre seu estado de saúde.

Em relação à faixa etária, ser idoso mais velho esteve associado com menor nível de escolaridade. Tal achado pode ser justificado pela dificuldade de acesso aos estudos no passado, assim como destacado por Santos-Orlandi e colaboradores⁴⁵. Além disso, as mulheres também apresentaram menor nível de escolaridade e, como foram a maior proporção da amostra, tal relação também pode ser atribuída à baixa escolaridade.

Os idosos mais velhos em sua maioria eram aposentados (85,5%) e viúvos (65,5%), o que pode justificar-se pelo processo natural de envelhecimento, o qual reflete no afastamento das atividades laborais e na perda do(a) companheiro(a) com o passar dos anos. Ademais, 80% desse grupo recebeu VD exclusiva, corroborando estudo nacional que afirma que idosos mais velhos estão mais propensos aos agravos decorrentes do envelhecimento, demandando maiores cuidados⁴⁶. Essa relação de dependência é intensificada com o passar dos anos em que o idoso necessita de ajuda para a realização de suas atividades de vida diária³². O cuidador que auxilia esse idoso normalmente é um familiar - cuidador informal- que também necessita de um olhar especial, visto que deixa, por muitas vezes, as suas atividades de lado para dedicar-se ao familiar^{32, 47}.

A associação estatisticamente significativa do sexo feminino com a fonte de renda do tipo pensão por morte do companheiro(a) pode ter ocorrido devido à maior parte da amostra ser

composta por mulheres. Essas, além de possuírem maior expectativa média de vida, em sua maioria, também eram viúvas, recebendo, assim, a pensão por morte do companheiro. Entretanto, tal associação não se apresentou significativa quando comparada às faixas etárias. A maioria das idosas deste estudo referiu ser viúva, assim como outros estudos nacionais^{4, 48}, já os homens em sua maioria eram casados, similar a estudo realizado em Campinas/Brasil⁴. Destaca-se que há uma tendência dos homens de encontrar uma nova companheira após a viuvez, ao contrário das mulheres, que tendem a permanecer sozinhas⁴⁹.

O sexo feminino esteve associado a um maior número de morbidades, uma vez que apresentava, em média, três morbidades, todas elas foram mais prevalentes em mulheres. Estudos evidenciam que mulheres apresentam uma maior expectativa de vida, portanto, acabam convivendo com maiores chances de multimorbidades⁵⁰⁻⁵¹. A artrose foi a única morbidade que apresentou significância estatística, quando associada ao sexo feminino, podendo justificar-se pela perda óssea mais acentuada após a menopausa, tendo relação com os níveis hormonais⁵².

Além disso, observou-se que um percentual maior de mulheres recebeu visitas com menor frequência (menos de uma vez por mês), quando comparadas aos homens, e que elas entraram mais em contato por meio telefônico com o serviço de saúde (60%). Tais resultados podem ser parcialmente explicados pelo fato de um percentual maior de mulheres possuir cuidador e também por conseguirem resolver algumas questões de menor complexidade por meio telefônico, demandando menos visitas domiciliares. Ribeiro e colaboradores⁵¹ reforçam, em seu estudo, que mulheres procuram mais por atendimento nos serviços de saúde e são mais cautelosas quando se trata do autocuidado. A questão da utilização de contato telefônico para problemas de fácil resolução mostra-se como uma alternativa segura, de baixo custo e que pode impactar positivamente no acesso dos idosos aos serviços de saúde.

No presente estudo a morbidade mais prevalente foi a hipertensão (68,5%), sendo condizente com dados da literatura^{16, 53, 54}. Em todas as regiões do Brasil, a hipertensão vem se

mantendo com prevalência acima dos 50% na população em geral⁵⁵. Com o aumento da idade, mostra-se mais frequente o aparecimento de morbidades devido a uma exposição continuada a muitos dos fatores de risco que as desencadeiam e esse cenário impacta na prestação de serviços da APS^{16, 56}. Os profissionais que realizam VD têm como uma das prioridades a prevenção de agravos à saúde, pois dispõem de uma gama de informações referentes ao contexto em que o idoso está inserido, podendo, assim, adequar as orientações para aquela realidade.

Ainda a respeito das morbidades, HAS (41,1%), depressão (19,3%) e DM (16,1%) foram mais prevalentes em idosos mais jovens e a artrose (19,4%) e a ICC/cardiopatia (16,9%) foram mais prevalentes entre o grupo de idosos mais velhos. As múltiplas morbidades apresentadas por idosos impactam nos serviços de saúde e acabam por elevar o número de internações e mortes⁴⁶. Com isso, fica evidente a importância da APS na prevenção de agravos relacionados às morbidades, principalmente, na AD1 que, conforme este estudo mostra, é composta, em sua maior parcela, por idosos que não se deslocam até o serviço de saúde e necessitam de avaliação e de orientações em domicílio. Schenker e Costa⁵⁷ afirmam existir muitos desafios na atenção à saúde dos idosos por, além de apresentarem multimorbidades, terem dificuldade de entendimento dessas doenças e do tratamento proposto, evidenciando novamente uma maior dependência de cuidados.

Considera-se ainda que o presente estudo apresenta algumas limitações, como o delineamento transversal, não sendo possível estabelecer relação causa e efeito entre variáveis, respostas autorreferidas, população específica e o tamanho amostral, correspondente a apenas um DS do município, as quais podem ter, de certa forma, exercido alguma influência nos resultados encontrados.

Na amostra houve predomínio do sexo feminino, de aposentados, que não moravam sozinhos, possuíam cuidador, recebiam VD exclusiva como forma de atendimento, tinham

estudado 0 - 4 anos, sem plano de saúde. Entre os idosos mais velhos houve predomínio de menor nível de escolaridade, aposentados, viúvos e que recebiam VD exclusiva como forma de atendimento. O sexo feminino apresentou associação estatisticamente significativa com a fonte de renda pensão por morte de companheiro e maior número de morbidades, destacando-se a artrose. Mulheres receberam VD com menos frequência quando comparadas ao sexo masculino e entraram mais em contato com o serviço de saúde por meio telefônico. A morbidade mais prevalente na amostra foi a HAS.

Esses dados poderão servir para subsidiar outros estudos com foco nessa população específica, para possíveis intervenções na prevenção de agravos à saúde, visando uma melhoria no que tange ao acesso aos serviços de saúde dos idosos vinculados à AD da APS, causando impacto positivo nesses indivíduos, na família e na sociedade. Por fim, destaca-se que a visita domiciliar possui considerável importância quando se trata de uma população envelhecida e com certas limitações.

Referências

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Nova Iorque: United Nations; 2017.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo [Internet]. 2011-2012 [cited 2019 Nov 06]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>.
3. Brasil. Câmara dos Deputados. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Edições Câmara; 2017.

4. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00173317. doi: 10.1590/0102-311X00173317
5. United Nations Population Fund; HelpAge International. *Ageing in the Twenty-First Century: a celebration and a challenge*. Nova Iorque: United Nations Population Fund; 2012.
6. Cobos FM, Almendro JME. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Aten Primaria*. 2008;40(6):305-9. doi: 10.1157/13123684
7. Hébert R. A revolução do envelhecimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 Dec; 20(12): 3618-3618. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.22542015>
8. Côrte B, Kimura C, Ximenes MA, Nóbrega OT. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. *Saude soc*. 2017 Set;26(3):690-701. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017159606>
9. Medeiros KKAS, Pinto JEP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2017 Sep;41(spe3): 288-295. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s322>
10. Lubenow JAM, Barrêto AJR, Nogueira JA, Silva AO. Access for the elderly to Primary Health Care services: an integrative review. *Int Arch Med*. 2016;9(46):1-13. doi: 10.3823/1917
11. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Supply and demand in home health care. *Cien Saude Colet*. 2016;21(3):903-12. doi: 10.1590/1413-81232015213.11382015
12. Hermann AP, Nascimento JD, Lacerda MR. Specific characteristics of home healthcare and their approaches in nursing education. *REME - Rev Min Enferm*. 2014;18(3):551-56. doi: 10.5935/1415-2762.20140040

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
14. Ribeiro DFS, Abreu GP. Nurses' assignments in a Home Care Program of the Unified Health System. *Academus Revista Científica da Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 15];1(2):1-11. Available from: <https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/200/255>.
15. Keomma K, Coura AS, Pinto Júnior EP, França ISX, Bousquat A. The profile of the elderly in Primary Health Care in a Brazilian medium-sized city. *Rev Kairos*. 2018;21(2):135-153. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p135-153>
16. Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Analysis of frailty syndrome in primary care - cross sectional study. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1353](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1353)
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
18. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 09]. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918.
19. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
20. Almeida OP. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1998 Sep;56(3B):605-612. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>

21. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Aug [cited 2020 Jan 06] ; 40(4): 712-719. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
22. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 Dec;20(12):3865-3876. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
23. Malloy-Diniz LF, Abreu N, Bertola L, Fuentes D, Antunes AM, Paula JJ, Haase VGO. Exame neuropsicológico do idoso. In: Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Cosenza RM, organizadores. *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 243-264.
24. Santos CS, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associações com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm*. 2010 Jul/Set; 15(3):406-12. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18879>
25. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Morais EP, et al. Depressive symptoms of elderly people and caregiver's burden in Home Care. *Invest. Educ. Enferm*. 2017; 35(2): 210-220. doi: 10.17533/udea.iee.v35n2a10
26. Kleisiaris CF, Papataniasiou IV, Tsaras K, Androulakis E, Kourkouta L, Fradelos E, et al. Factors affecting the health status of elderly people receiving home care. *Archives of Hellenic Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 09];36(2):237-44. Available from: <http://www.mednet.gr/archives/2019-2/pdf/237.pdf>.
27. Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):358-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise

das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

29. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Feb;23(1): 130-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3357.2534>

30. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015 Mar;36(1):14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>

31. Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm*. 2015 June;68(3):406-413. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680305i>

32. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev. Saúde Pública*. 2017;51(Suppl 1):6s. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>

33. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Soc*. 2014;34(3):495-517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>

34. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>

35. Pickard L, Wittenberg R, King D, Malley J, Comas-Herrera A. Informal care for older people provided by their adult children: projections of supply and demand to 2041 in England. London: Personal Social Services Research; 2008. (PSSRU Discussion Paper, 2515). Available from: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2515.pdf>.

36. Jang SN, Avendano M, Kawachi I. Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2012;6(1):19-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.02.002>
37. Shea D, Davey A, Femia EE, Zarit S, Sundström G, Berg S et al. Exploring assistance in Sweden and United States. *Gerontologist*. 2003;43(5):712-21. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.712>
38. Miranda ACC, Sérgio SR, Fonseca GNS, Coelho SMC, RJS, Cardoso CL et al . Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2015 Mar;18(1):141-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>
39. Bezerra PK, Rodrigues KA, Felix KD, Sotero RC, Ferreira AP. Déficit cognitivo: proposição de cartilha para atenção ao idoso. *RBPeCS*. 2016;3(1):01-10. doi: 10.6084/m9.figshare.9788618
40. Silva HS, Duarte YAO, Andrade FB, Cerqueira ATAR, Santos JLF, Lebrão ML. Correlates of above-average cognitive performance among older adults: the SABE study. *Cad. Saúde Pública*. 2014 Sep;30(9):1977-1986. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131913>
41. Hoeck S, François G, Geerts J, Van der Heyden J, Vandewoude M, Van Hal G. Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *Eur J Public Health* 2012; 22: 671-677. doi: 10.1093/eurpub/ckr133
42. Muniz EA, Freitas CASL, Albuquerque IMN, Linhares MSC. Assistência domiciliar ao idoso no contexto da estratégia saúde da família: análise da produção científica. *S A N A R E, Sobral*. 2014;13(2):86-91. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/578>

43. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017;20(5):625-634. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170132>
44. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalence and factors associated with hypertension in the elderly from municipalities in the Legal Amazon region, MT, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(3):481-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300007>
45. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al . Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc. Anna Nery.* 2017;21(1): e20170013. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>
46. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IMC, Boery RNSO, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Rev Cuid.* 2018 Dec; 9(3): 2322-2337. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.542>
47. Bierhals CCBK, Santos NO, Fengler FL, Raubustt KD, Forbes DAA, Paskulin LMG. Needs of family caregivers in home care for older adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25: e2870. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>
48. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinants of active aging according to quality of life and gender. *Cien Saude Colet.* 2015;20(7):2221-37. doi: 10.1590/1413-81232015207.14072014
49. Pochintesta PA. The transition to widowhood in aging. A study of cases in Argentina, *Journal of Aging & Innovation [Internet]*. 2016 [cited 2019 Nov 10];5(2):4-19. Available from: http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-Agosto_2016.pdf.
50. Almeida AN. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *J Bras Econ Saúde.* 2015;7(1):43-52.

51. Ribeiro PCC, Banhato EFC, Guedes DV. Perfil clínico e uso de serviços de saúde em idosos. *Revista HUPE*. 2018 jul-dez;17(2). doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2018.40808>
52. Lupsa BC, Insogna K. Bone health and osteoporosis. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015;44(3):517-30. PMID:26316240. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.002>
53. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(5):1230-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>
54. Vieira CPB, Nascimento JJ, Barros SS, Luz MHBA, Valle ARMC. Self-reported prevalence, risk factors and hypertension control in older adults. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(3):413-20. doi: 10.4025/cienc cuidsaude.v15i3.28792
55. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalence of hypertension in elderly in Brazil between 2006 and 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):273-78. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795)
56. Dantas IC, Pinto Júnior EP, Medeiros KKAS, Souza EA. Morbidity and mortality profile and the challenges for the Home Nursing of the elderly Brazilians. *Rev Kairos*. 2017;20(1):93-108. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p93-108>
57. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1369-80. doi: 10.1590/1413-81232018244.01222019

7 CONCLUSÃO

Diante do acelerado envelhecimento populacional, mostra-se essencial conhecer as condições de saúde do idoso e o contexto familiar e social em que está inserido para que se possa elaborar intervenções adequadas, refletindo em um cuidado abrangente em saúde. Além disso, sabemos que quanto mais idosa uma população, maiores os riscos de desenvolver limitações, o que impacta diretamente nos serviços de saúde, aumentando a demanda do atendimento profissional no domicílio.

Este estudo mostra-se inovador por buscar conhecer esta população que vem crescendo significativamente, porém ainda pouco estudada, especialmente a AD da APS. Contudo, considera-se algumas limitações, como o delineamento transversal, não sendo possível estabelecer relação causa e efeito entre variáveis, respostas autorreferidas, população específica e o tamanho amostral, correspondente a apenas um DS do município, as quais podem ter, exercido alguma influência nos achados.

Esses dados poderão subsidiar outros estudos com foco nessa população específica, visando uma melhorias nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde dos idosos vinculados à AD da APS, causando impacto positivo nesses indivíduos, nas família e na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista de Pesquisa - Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698. Acesso em: 08 dez. 2018.
- AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1353/841>. Acesso em: 18 abr. 2018.
- BAJOTTO, A. P. *et al.* Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 311-317, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31055/22054>. Acesso em: 06 dez. 2018.
- BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- BARROS, F. P. C. *et al.* Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0264.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras providências. Brasília: Casa Civil, [1994]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 07 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à

Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=183336>. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. **Lei n° 10.741, de 1° outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Edições Câmara, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. **Lei n° 13.466, de 12 de julho de 2017**. Altera os arts. 3°, 15 e 71 da Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, [2017c]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm Acesso em: 07 ago. 2019.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

BUCKINX, F. *et al.* Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. **Archives of Public Health**, Londres, v. 73, n. 19, p. 1-7, Apr. 2015. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-015-0068-x>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BULGARELLI, P. T. *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 216-231, 2017. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2443/1851>. Acesso em: 30 out. 2018.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0358.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2018.

CARDOSO, L. K. B.; SAMPAIO, T. S. O.; VILELA, A. B. A. Cuidados fornecidos por familiares relacionados à convivência com o idoso. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 353-367, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33505/23088>. Acesso em: 03 maio 2018.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 780-785, jul./ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0747.pdf. Acesso em: 09 dez. 2018.

CARPENTER, I. *et al.* Community care in Europe - the Aged in Home Care project (AdHOC). **Aging Clinical and Experimental Research**, Berlim, v. 16, n. 4, p. 259-269, Aug. 2004.

COORDENADORIA DA SAÚDE/UFRGS - COORSAÚDE. Cenários de prática, **Distrito Centro**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/coorsaude/cenarios-de-pratica/distrito-centro>. Acesso em: 10 maio 2018.

CRUZ, D. T. *et al.* Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 106, p. 1-13, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007098.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

DIAS, F. A.; GAMA, Z. A. S.; TAVARES, D. M. S. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, e53224, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224/pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ELIAS, H. C. *et al.* Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 562-569, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/1809-9823-rbgg-21-05-00562.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. *et al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, nov./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf. Acesso em: 03 maio 2018.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da *Edmonton Frail Scale* para idosos residentes na comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1330-1336, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76057/79758>. Acesso em: 03 maio 2018.

FERNANDES, H. C. L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 423-431, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a19.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

FHON, J. R. S. *et al.* Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0266.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

FHON, J. R. S. *et al.* Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 1005-1013, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-01005.pdf. Acesso em: 18 abr. 2018.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov. 1975.

FREITAS, E. V.; PY, L. (ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GOKALP, H. *et al.* Integrated telehealth and telecare for monitoring frail elderly with chronic disease. **Telemedicine Journal and e-Health**, Mamaroneck, v. 24, n. 12, p. 940-957, Dec. 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/tmj.2017.0322>. Acesso em: 07 ago. 2019.

HARDY, S. E. *et al.* Transitions between states of disability and independence among older persons. **American Journal of Epidemiology**, Cary, v. 161, n. 6, p. 575-584, Mar. 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/161/6/575/80933>. Acesso em: 07 ago. 2019.

HERMANN, A. P.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R. Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 545-550, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/945#>. Acesso em: 18 abr. 2018.

HOECK, S. *et al.* Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 671-677, Oct. 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/22/5/671/497898>. Acesso em: 07 ago. 2019.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Brasil, Rio Grande do Sul, **Panorama**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 08 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estatísticas, Sociais, População, **Projeções da População**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 30 nov. 2018.

KAMO, T. *et al.* Coexisting severe frailty and malnutrition predict mortality among the oldest old in nursing homes: a 1-year prospective study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdã, v. 70, p. 99-104, May/June 2017.

KARUNANANTHAN, S. *et al.* A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. **BMC Medical Research Methodology**, Londres, v. 9, n. 68, p. 1-11, Oct. 2009. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-68>. Acesso em: 30 nov. 2018.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine**, Londres, v. 10, n. 4, p. 1-9, Jan. 2012. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-10-4>. Acesso em: 26 nov. 2018.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

MACIEL, G. M. C. *et al.* Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. **RECOM - Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2430-2438, set./dez. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1010/1175>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MARTINS, J. J. *et al.* O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-562, out./dez.

2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a18.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-25, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1143.pdf. Acesso em: 18 abr. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 15 abr. 2016.

MORAES, D. C. *et al.* Instabilidade postural e a condição de fragilidade física em idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e3146, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/1518-8345-rlae-27-e3146.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. *In*: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (org.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. p. 151-175.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE - OBSERVAPOA. As condições sociais da população idosa de Porto Alegre. **Observando - Revista do Observatório da Cidade de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 1-44, 2016. Disponível em: https://issuu.com/observapoa/docs/revista_idoso_-_04vers__o-enviada_p. Acesso em: 08 ago. 2019.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE - OBSERVAPOA. Indicadores, Porto Alegre em Análise, Séries Históricas, População, **População de Idosos**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=1_10_150. Acesso em: 08 maio 2018.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE - OBSERVAPOA. Mapas, Equipamentos e Serviços, Saúde, Distritos de Saúde, **Centro**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/viewer?ll=-30.042861966096403%2C-51.206355066629555&z=14&mid=119gTW9fF1HCImSAMSrIHrOJkdqE>. Acesso em: 08 ago. 2019.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/02.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS BRASIL. **Folha informativa - Atenção primária à Saúde**. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 08 ago. 2019.

PAIVA, A. T. G. *et al.* Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 22-28, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21107/13933>. Acesso em: 8 dez. 2018.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/31.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. Secretarias, Saúde, Informações em Saúde, IBGE (População e domicílios), **Dados demográficos IBGE 2010**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918. Acesso em: 03 maio 2018.

RAMÍREZ RAMÍREZ, J. U.; CADENA SANABRIA, M. O.; OCHOA, M. E. Edmonton Frail Scale in Colombian older people - comparison with the Fried criteria. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 52, n. 6, p. 322-325, Nov./Dec. 2017.

RIBEIRO, D. F. S.; ABREU, G. P. Atribuições do enfermeiro em um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde. **Academus Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 1-11, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/200/255>. Acesso em: 15 abr. 2018.

ROCKWOOD, K.; HOGAN, D. B.; MACKNIGHT, C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. **Drugs & Aging**, Auckland, v. 17, n. 4, p. 295-302, Oct. 2000.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a06.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

ROLFSON, D. B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing**, Oxford, v. 35, n. 5, p. 526-529, Sept. 2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/35/5/526/9782>. Acesso em: 05 nov. 2018.

RUNZER-COLMENARES, F. M. *et al.* Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdã, v. 58, n. 1, p. 69-73, jan./fev. 2014.

SILVA, D. M. *et al.* Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5550-5556, set. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13673/16563>. Acesso em: 04 nov. 2018.

SILVA, M. J.; BESSA, M. E. P.; OLIVEIRA, A. M. C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2004. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2018.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, June 1978.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, R. A. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf. Acesso em: 03 nov. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SZYMANSKI, H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a01v21n2.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2018.

TESTON, E. F.; SILVA, A. C. P.; MARCON, S. S. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, p. e-1032, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1168>. Acesso em: 03 nov. 2018.

TØIEN, M.; BJØRK, I. T.; FAGERSTRÖM, L. An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit

service. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Estocolmo, v. 32, n. 3, p. 1093-1107, Sept. 2018.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019.

UNGLERT, C. Territorialização em sistemas de saúde. *In*: MENDES, E. *et al.* **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999. p. 221-236.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables**. Nova Iorque: United Nations, 2017.

VALDIVIESO, B. *et al.* The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions - a prospective study. **Medicina Clínica**, Madrid, v. 151, n. 8, p. 308-314, Oct. 2018.

VARELA, F. R. A. *et al.* Avaliação de qualidade de vida em idosos frágeis em Campinas, SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n. 5, p. 423-430, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n5/0104-4230-ramb-61-05-0423.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

VERA, I. *et al.* Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 199-210, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

XIE, J. *et al.* The oldest old in England and Wales: a descriptive analysis based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study. **Age and Ageing**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 396-402, July 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/37/4/396/40638>. Acesso em: 07 ago. 2019.

YANG, L. *et al.* Evaluation of frailty status among older people living in urban communities by Edmonton Frail Scale in Wuhu, China: a cross-sectional study. **Contemporary Nurse**, Filadélfia, v. 54, n. 6, p. 630-639, Dec. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2018.1552525>. Acesso em: 07 ago. 2019.

15) Nº de pessoas que reside no domicílio:	----- -----	_____
CONDIÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA		
17) O(A) senhor(a) possui algum desses problemas de saúde (morbidades)? Pode ser marcada mais que uma alternativa.	(1) Não (2) Parkinson (3) Demência - Qual? _____ (4) HAS (5) DM (6) CA: _____ (7) Artrose/Artrite (8) ICC (9) Dislipidemia (10) Depressão (11) Outra: _____ _____	
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
23) Possui algum plano de saúde suplementar?	(1) Sim: () consulta () transporte () Exames () Hospitalização () AD (2) Não	
24) Quando necessita de assistência, qual a forma que utiliza?	(1) Sempre recebe AD. (2) Desloca-se até o serviço de saúde. (3) Via ligação telefônica ao serviço (4) Via ligação telefônica ao profissional (5) Outra: _____	
25) Com que frequência recebe VD dos profissionais da AD1?	(1) Semanalmente (2) Mensalmente (3) Menos de uma vez/mês (4) Quando solicitado	
26) Já utilizou o telefone para contatar o serviço de saúde?	(1) Sim (2) Não	
27) Se sim na pergunta anterior, sua dúvida ou problema foi resolvido mediante contato telefônico?	(1) Sim (2) Não	
28) Considera que o contato telefônico com profissionais para resolver dúvidas facilitaria o cuidado com sua saúde?	(1) Sim (2) Não	
29) Consegue utilizar mensagem de texto via celular?	(1) Sim, apenas o cuidador utiliza. (2) Sim, apenas o idoso utiliza. (3) Sim, cuidador e idoso utilizam. (4) Não	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Projeto maior

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar as condições de saúde de idosos vinculados à atenção domiciliar do município de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: uma entrevista para aplicação de seis instrumentos que irão avaliar as atividades que o(a) sr.(a) desempenha no seu dia a dia, sua nutrição, memória, uso de medicamentos, sintomas depressivos, relacionamento familiar, utilização dos serviços de saúde, incluindo uma atividade de desenho e teste para levantar e caminhar por uma curta distância, que auxiliarão as pesquisadoras a avaliar as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde. Se você não conseguir responder aos questionamentos, um cuidador ou familiar poderá auxiliá-lo(a). A entrevista terá duração aproximada de uma hora e quinze minutos.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são o tempo dedicado para as entrevistas e o desconforto que os questionamentos poderão gerar, podendo o(a) sr.(a) interromper a qualquer momento e reagendarmos para outra data. As pesquisadoras estarão disponíveis para lhe auxiliar e prestar o apoio necessário diante de qualquer mal-estar.

A sua participação neste estudo não trará benefícios diretos, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre as condições de saúde de idosos, podendo contribuir com estudos futuros que visem à melhor qualidade para a assistência prestada na atenção domiciliar.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Idiane Rosset, pelo telefone (51) 3359-7926, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8 h às 17 h, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3289-5517.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Testemunha imparcial

Assinatura (Se aplicável)

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A – Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Avaliação	Questionamento		Pont. Parcial	Pont. Total
1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
2. Orientação espacial (0 – 5 Pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
3. Repita as palavras (0 – 3pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca Tijolo Tapete	1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
4. Cálculo	O(a) Sr.(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 – 5 pontos)	Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$7,00 quantos restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O D N U M	1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco.	Caneca Tijolo Tapete	1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
6. Linguagem (0 - 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-la.	Relógio Caneta	1: _____ 1: _____	_____
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1: _____	
8. Linguagem (0 – 3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre ao meio Ponha-o no chão	1: _____ 1: _____ 1: _____	_____
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva num papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e execute.	FECHE OS OLHOS	1: _____	
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso que escreva uma frase completa.		1: _____	
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1: _____	_____

Fonte: BRASIL, 2006a.

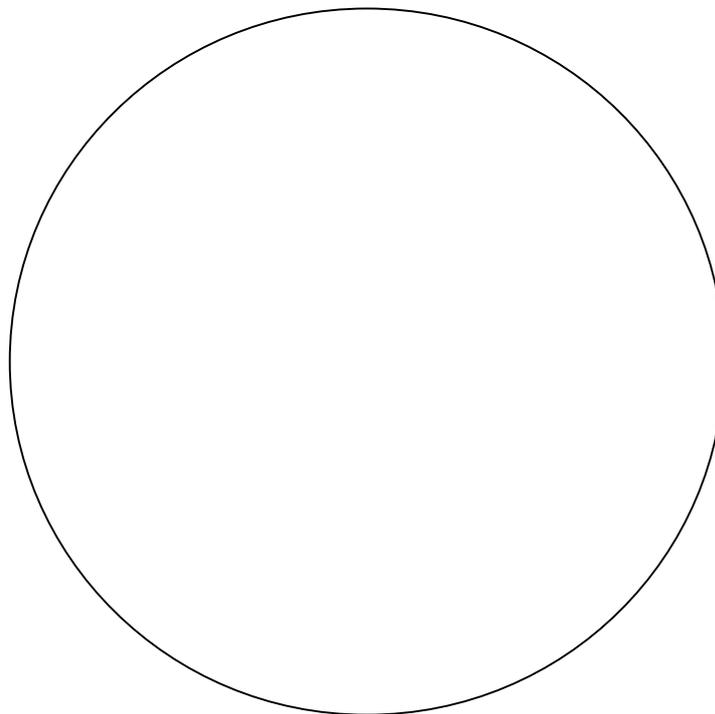
ANEXO B – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE)

ESCALA DE FRAGILIDADE EDMONTON

INSTRUÇÕES: Favor marcar somente uma opção para cada item (A, B ou C). Itens checados na coluna A equivalem a zero ponto; na coluna B, a um ponto; e na C, a dois pontos. Se houver alguma dúvida sobre o estado cognitivo do paciente, aplique inicialmente o ‘teste do desenho do relógio’. Caso o paciente não passe no ‘teste do desenho do relógio’, solicite ao cuidador que responda ao restante do questionário da ESCALA DE FRAGILIDADE.

	A	B	C
A. Cognição			
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO: “Imagine que este círculo seja um relógio”. Gostaria que você colocasse os números nos seus devidos lugares. A seguir, desenhe os ponteiros para indicar o horário de 11:10 (Ver o método de pontuação do TDR.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprovado	Não aprovado por pequenos erros.	Não aprovado por erros maiores.

Antes de solicitar ao paciente para iniciar, dobre esta folha na linha pontilhada para evitar distrações.



A (0) B (1) C (2)

B. Estado Geral de Saúde

- Quantas vezes você foi internado no ano passado? 0 1-2 >2
- De um modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha um) Excelente Regular Ruim
 Muito boa Boa

C. Independência Funcional

- Em quantas das seguintes atividades você necessita de ajuda? (0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8
- Preparar refeições
 - Transporte
 - Serviços de casa
 - Lidar com dinheiro
 - Compras
 - Telefonar
 - Lavar roupas
 - Tomar remédios

Suporte Social

- Você pode contar com alguém que seja capaz e queira lhe ajudar quando você necessita de ajuda? (0) Sempre (1) Algumas vezes (2) Nunca

C. Uso de Medicamentos

- a) Você usa cinco ou mais tipos de remédios prescritos de modo regular? (0) Não (1) Sim
- b) Algumas vezes você esquece de tomar seus medicamentos prescritos? (0) Não (1) Sim

D. Nutrição

- Você tem perdido peso recentemente de modo que suas roupas tenham ficado mais folgadas? (0) Não (1) Sim

E. Humor

- Você sente-se triste ou deprimido frequentemente? (0) Não (1) Sim

G. Continência

- Você tem problema de perder urina sem querer? (0) Não (1) Sim

Desempenho Funcional

Atenção: Considere este teste como > 20 segundos se:

1. O indivíduo é relutante ou incapaz de completar o teste?
2. Para a realização do teste o paciente necessita usar 'gait belt', andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

TESTE "GET UP AND GO" CRONOMETRADO: "Eu gostaria que você se sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser "Vá!", levante-se e caminhe em passo normal até a marca no chão (aproximadamente 3 metros), retorne até a cadeira e sente-se". Anote o tempo total. (Se omitir este item, marque a coluna C.)

TEMPO TOTAL: _____ segundos (0) 0-10 seg. (1) 11- 20 seg. (2) >20 seg.

ANEXO C – APGAR de família

APGAR DE FAMÍLIA				
DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE (2)	ALGUMAS VEZES (1)	NUNCA (0)
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro da família com a assistência recebida, quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extrafamiliares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito(a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro da família com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família de repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro da família com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro da família com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro da família com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros da família neste domínio.	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Fonte: BRASIL, 2006a.

ANEXO D – Termo de Compromisso de Utilização de Dados HCPA



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 25 de maio de 2018.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Idiane Rosset	
Gilmara Ramos	
Mariane Lurdes Predebon	
Juana Vieira Soares	
Eliane Pinheiro de Moraes	
Cynthia Goulart Molina Bastos	

ANEXO E – Termo de Compromisso de Utilização de Dados SMSPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa: Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre

Pesquisador (a) Responsável: Idiane Rosset

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Telefone e e-mail de contato: idiane.rosset@ufrgs.br

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 24/05/2018.


Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

ANEXO F – Ata do Exame de Qualificação do Projeto de Dissertação



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PPGENF
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS



Enfermagem

Ata da sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presidida e registrada pelo Orientador **Profa. Dra. Idiane Rosset** para o desenvolvimento da dissertação de mestrado da acadêmica **Gilmara Ramos**, no dia 20 de dezembro de 2018, às 9h, no CPC/HCPA da UFRGS. O projeto tem como **Fragilidade, Funcionalidade Familiar e Acesso de Idosos Vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica**. De acordo com a Resolução 01/2007 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a realização do Exame de Qualificação tem caráter facultativo. Conforme a banca examinadora, o projeto:

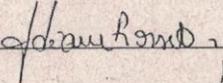
Foi aprovado, sendo destacado o mérito científico e a importância da temática.

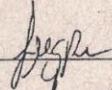
Introdução - aborda o problema de pesquisa e foram feitas sugestões para aprimorar a racionalidade do estudo.

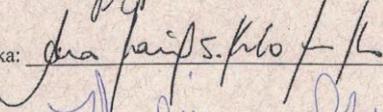
Revisão de literatura ^{está} adequada ao tema de estudo, sendo sugerido sistematizar a mesma para o relatório final

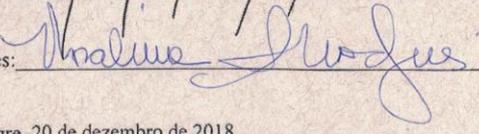
Os métodos atendem aos objetivos propostos. Foi solicitada a inclusão das medidas psicométricas dos escalas e o detalhamento das variáveis a serem utilizadas no modelo.

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Idiane Rosset: 
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin: 
Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka: 
Membro – EENF/UFRGS

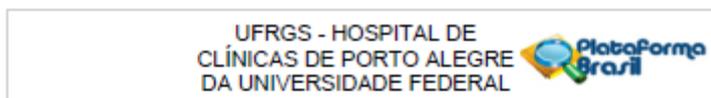
Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues: 
Membro – USP

Porto Alegre, 20 de dezembro de 2018.

De acordo da mestranda: Gilmara Ramos

Página 1 de 1

ANEXO G – Parecer do CEP da HCPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO DE IDOSOS VINCULADOS A ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Idiane Rosset

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90632418.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.740.678

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Frente às mudanças enfrentadas no perfil demográfico e epidemiológico da população, faz-se necessário rever as estruturas dos serviços de saúde, além de programas e políticas públicas de saúde direcionados às particularidades dessa nova configuração. Para o cálculo do tamanho da amostra desta fase, foi utilizado o programa WinPepi versão 11.65, resultando em uma amostra de 225 idosos, considerando-se uma margem de perdas de até 10%, totalizou-se uma amostra de 248. Sendo que a população total de idosos vinculados à AD1 do DS Centro é de cerca de 260 idosos, segundo informações locais, optou-se por incluir inicialmente a totalidade desses na amostra. A coleta de dados nesta fase será realizada por enfermeiras mestrandas acompanhadas por discentes da graduação de enfermagem. As entrevistas serão realizadas no domicílio ou no serviço de saúde de referência, conforme preferência do idoso. Serão aplicados os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Questionário de dados sócio-demográficos, condições de saúde e acesso aos serviços de saúde; Edmonton Frail Scale (EFS); Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Índice de Barthel; Escala de Lawton e Brody; e Apgar de Família. Os aspectos éticos do estudo serão respeitados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3350-7640 Fax: (51)3350-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Projeto: 2.740.678

Tamanho da Amostra no Brasil: 225

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal, que será desenvolvido em duas fases. A fase I, incluirá inicialmente todos os serviços de saúde da AB do município de POA, totalizando 143, sendo realizadas entrevistas seguindo um roteiro de ligação telefônica por discentes de enfermagem com os profissionais de saúde responsáveis pela AD1 de cada serviço. A fase II, será composta de usuários idosos vinculados à AD1 do Distrito Sanitário (DS) Centro do município de POA. Este DS inclui três serviços de saúde, Santa Cecília, Santa Marta e Modelo. Para o cálculo do tamanho da amostra desta fase, foi utilizado o programa WinPepi versão 11.65, resultando em uma amostra de 225 idosos, considerando-se uma margem de perdas de até 10%, totalizou-se uma amostra de 248. Sendo que a população total de idosos vinculados à AD1 do DS Centro é de cerca de 260 idosos, segundo informações locais. Optou-se por incluir inicialmente a totalidade desses na amostra. A coleta de dados nesta fase será realizada por enfermeiras mestrandas acompanhadas por discentes da graduação de enfermagem, as entrevistas serão realizadas no domicílio ou no serviço de saúde de referência, conforme preferência do idoso. Serão aplicados os seguintes instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Questionário de dados sócio-demográficos, condições de saúde e acesso aos serviços de saúde; Edmonton Frail Scale (EFS); Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Índice de Barthel; Escala de Lawton e Brody; e Appar de Família.

Critérios de Inclusão:

– Fase I: Ser um serviço de Atenção Básica; – Fase II: Pessoas Idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, vinculados à AD1 do DS Centro.

Critérios de Exclusão:

– Fase I: Serviços que não possuem AD1.
- Fase II: Idosos que não forem localizados após três tentativas de contato via telefone, em turnos e dias diferentes, e não estiverem no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar (VD); Idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita; Diagnóstico médico prévio de demência avançada (informado pelo cuidador/familiar ou profissional da equipe); Ser institucionalizado.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7540 Fax: (51)3359-7540 E-mail: ocp@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.740.878

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados de interesse serão digitados e armazenados em planilha do programa Excel®, com dupla entrada, validados, e posteriormente transportados para software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 21.0, para as análises estatísticas. Na análise descritiva, serão calculadas média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica para as variáveis quantitativas, e as variáveis categóricas serão expressas em frequências absolutas e relativas. Serão utilizados, além de métodos de análise descritiva, correlações paramétricas e não-paramétricas, teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, modelo de Regressão Linear para desfechos quantitativos ou Regressão de Poisson para qualitativos, teste t de Student para as variáveis contínuas com distribuição normal ou teste U de Mann-Whitney quando assimétricas, análises multivariadas para controle de fatores confundidores, além de Análise de Variância, quando indicado. Para estes testes será considerado um valor significativo de $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Este estudo tem como objetivo primário avaliar condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar (AD) da Atenção Básica (AB) de um Distrito Sanitário (DS) no município de Porto Alegre(POA) – RS.

Objetivos secundários

Identificar o número de usuários e a proporção de idosos vinculados à AD das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de POA;

Identificar critérios utilizados para a inclusão e desligamento dos idosos da AD das UBSs;

Verificar se há organização sistematizada nas UBSs para a prestação de cuidados desses usuários;

Caracterizar os idosos vinculados à AD da AB de um DS no município de POA, quanto às variáveis sociodemográficas e condições de saúde;

Caracterizar o acesso aos serviços de saúde desses idosos;

Identificar a prevalência de fragilidade desses idosos, bem como possíveis fatores relacionados;

Avallar a capacidade funcional, a mobilidade e fatores relacionados entre esses idosos; Identificar a prevalência de sintomas depressivos, de quedas e fatores relacionados entre esses idosos;

Avallar a funcionalidade familiar entre esses idosos.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3350-7640 Fax: (51)3350-7640 E-mail: ocp@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.740.670

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são o tempo dedicado para as entrevistas e o desconforto que os questionamentos poderão gerar.

Benefícios:

Benefícios para participantes: A participação neste estudo não trará benefícios diretos para os idosos participantes, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre as condições de saúde de idosos, podendo contribuir com estudos futuros que visem a melhor qualidade para a assistência prestada na atenção domiciliar.

Benefícios da pesquisa: Poderá trazer subsídios para a construção de novas tecnologias, organização dos serviços de saúde e intervenções destinadas a esta população, além de sugerir novas abordagens de pesquisa sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal, que será desenvolvido em duas fases.

A fase I, incluirá inicialmente todos os serviços de saúde da AB do município de POA, incluindo aqueles com e sem Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 143, sendo realizadas entrevistas por discentes de enfermagem seguindo um roteiro de ligação telefônica e aplicação de um questionário com os profissionais de saúde responsáveis pela Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) de cada serviço.

A fase II, será composta de usuários idosos vinculados à AD1 do Distrito Sanitário (DS) Centro do município de POA. Este DS inclui três serviços de saúde, Santa Cecília, Santa Marta e Modelo.

Projeto bem delimitado, sem pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - de acordo com os critérios deste CEP.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3389-7640 Fax: (51)3389-7640 E-mail: cep@hopa.ufrgs.br

Continuação do Parecer 2.740.073

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto e de TCLE de 25/05/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- Este projeto está aprovado para inclusão de 225 participantes, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1144260.pdf	30/05/2018 14:29:41		Aceito
Outros	funcoes.pdf	30/05/2018 14:20:07	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_maior.pdf	25/05/2018 20:05:39	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	Roteiro_ligacao_telefonica.pdf	25/05/2018 19:42:02	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	25/05/2018 19:42:27	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3350-7640 Fax: (51)3350-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.740.878

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/05/2018 19:40:21	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoHCPA.pdf	25/05/2018 19:35:25	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoSMSPA.pdf	25/05/2018 19:34:47	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/05/2018 19:32:33	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	25/05/2018 19:31:59	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

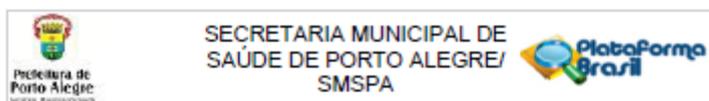
PORTO ALEGRE, 27 de Junho de 2018

Assinado por:
Marola Moellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Formoso Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-803
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3358-7640 Fax: (51)3358-7640 E-mail: ocp@hcpa.edu.br

ANEXO H – Parecer do CEP da SMSPA

 Prefeitura de Porto Alegre <small>1988</small>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP														
Elaborado pela Instituição Coparticipante														
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA														
Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO DE IDOSOS VINCULADOS A ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE PORTO ALEGRE														
Pesquisador: Ilane Rosset														
Área Temática:														
Versão: 2														
CAAE: 90632418.3.3001.5338														
Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre														
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio														
DADOS DO PARECER														
Número do Parecer: 2.900.696														
Apresentação do Projeto:														
O projeto busca avaliar as condições de saúde e acesso de idosos aos serviços de Atenção Básica de um Distrito de Porto Alegre, baseado no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCCP), ferramenta clínica utilizada pela Atenção Básica. É um estudo transversal em 3 gerências distritais de Porto Alegre, envolvendo 34 Estratégias de Saúde da família e 24 Unidades Básicas de Saúde. As entrevistas abordarão 2 grupos: os usuários das Unidades de saúde e os médicos que atendem esta população.														
Objetivo da Pesquisa:														
Avaliar as condições de saúde e acesso de idosos aos serviços de Atenção Básica. Quantificar quanto idosos utilizam os serviços nestes distritos; verificar critérios de inclusão e desligamento, avaliar as condições sociais e clínicas destes usuários.														
Avaliação dos Riscos e Benefícios:														
Conforme os autores do estudo:														
Riscos: mínimos como desconforto durante as entrevistas.														
Benefícios: conhecer melhor o atendimento a idosos na assistência domiciliar da Atenção Básica. Pode propor, a partir daí, em melhorias nesta área.														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Rua Capitão Morbento, 27 - 7º andar</td> <td>CEP: 90.010-040</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Centro Histórico</td> <td colspan="2">Município: PORTO ALEGRE</td> </tr> <tr> <td>UF: RS</td> <td>Telefone: (51)3289-5617</td> <td>Fax: (51)3289-2453</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>E-mail: cep_sma@hotmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Capitão Morbento, 27 - 7º andar		CEP: 90.010-040	Bairro: Centro Histórico	Município: PORTO ALEGRE		UF: RS	Telefone: (51)3289-5617	Fax: (51)3289-2453			E-mail: cep_sma@hotmail.com
Endereço: Rua Capitão Morbento, 27 - 7º andar		CEP: 90.010-040												
Bairro: Centro Histórico	Município: PORTO ALEGRE													
UF: RS	Telefone: (51)3289-5617	Fax: (51)3289-2453												
		E-mail: cep_sma@hotmail.com												



Continuação do Parecer: 2.900.896

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Idiane Rosset

Instituição: UFRGS

Curso: enfermagem

Tipo de estudo: Institucional

Amostra: 225

Local de realização: UBBs

Data de início: 25/05/2018

Data de término: 31/08/2020

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes.

Recomendações:

Por se tratar de um estudo estudo maior que resultará em trabalhos de conclusão de curso e dissertações de mestrado, solicita-se que seja enviada uma emenda ao CEP SMSPA a cada trabalho realizado, para que possamos acompanhar o desdobramento desta pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - A primeira fase que começa com abordagem por telefone de profissionais da saúde responsáveis pelos serviços de AD na cidade. Segundo resolução CNS 510/16, artigo 15, há necessidade de enviar a informação do projeto ao participante (que será contatado por telefone) antes de começar a entrevista. O consentimento poderá ser por telefone mas deve haver registro do consentimento e dos dados coletados. Resposta: No item 4.4 Coleta de dados, deixamos mais claro que tanto a fase I quanto a fase II serão divulgadas em reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município, realizadas na Secretaria Municipal de Saúde. Incluímos que o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I - o qual explica o que o projeto propõe e o que será investigado na entrevista telefônica, será disponibilizado de forma impressa ou eletrônica aos participantes. O consentimento tácito (verbal) será realizado por telefone e registrado pelo pesquisador ao final do apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I de acordo com a resposta de aceitação ou não do profissional.

Endereço: Rua Capitão Morbento, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sma@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.090

Análise: pendência atendida.

2 - Falta uma maneira de enviar ao participante que será alvo de um questionário por telefone, as informações sobre a pesquisa antes de ser abordado, acatando §1º Art 15 Resolução CNS510/2016 " Art. 15. O Registro do Consentimento e do Assentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa.

Resposta: No momento de divulgação do projeto na reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município na Secretaria Municipal de Saúde será disponibilizado, de forma impressa ou eletrônica o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I constando as informações sobre a pesquisa antes de serem abordados os participantes por telefone. Foi acrescido, em "Aspectos Éticos" do projeto, que o aceite (ou não) de participação será realizado mediante consentimento tácito (verbal) e registrado no final do Apêndice A, em local designado. § 1º Quando não houver registro de consentimento e do assentimento, o pesquisador deverá entregar documento ao participante que contemple as informações previstas para o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa."

Resposta: O consentimento será verbal por telefone registrado pelo pesquisador ao final do apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I de acordo com a resposta de aceitação ou não do profissional e arquivado por 5 anos, após serão destruídos.

Análise: pendência atendida.

3 - Apresentar solução para o encaminhamento dos dados do projeto aos participantes que serão entrevistados por telefone. (vide §1º Art 15 Resolução CNS510/2016).

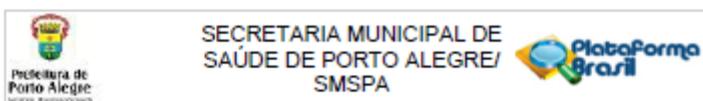
Resposta: Será entregue na reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município na Secretaria Municipal de Saúde o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I, de forma impressa ou eletrônica, o qual contém as informações sobre a pesquisa antes de serem abordados os participantes por telefone.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim

Endereço: Rua Capitão Morbento, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3299-8517 Fax: (51)3299-2453 E-mail: cep_smsa@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.896

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.
Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1169173.pdf	20/08/2018 17:10:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_maior_corrigido_SMS.pdf	20/08/2018 17:02:45	Idiane Rosset	Aceito
Outros	CARTA_Resposta_SMS.pdf	20/08/2018 17:00:59	Idiane Rosset	Aceito
Outros	funcoes.pdf	30/05/2018 14:20:07	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_maior.pdf	25/05/2018 20:05:39	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	Roteiro_ligacao_telefonica.pdf	25/05/2018 19:43:02	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoHCPA.pdf	25/05/2018 19:35:25	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoSMSPA.pdf	25/05/2018 19:34:47	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	25/05/2018 19:31:59	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Thais Bohossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5817 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com