

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

MARIANE LURDES PREDEBON

**FUNCIONALIDADE GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

PORTO ALEGRE

2020

MARIANE LURDES PREDEBON

**FUNCIONALIDADE GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para 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

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Predebon, Mariane Lurdes
FUNCIONALIDADE GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO
BÁSICA / Mariane Lurdes Predebon. -- 2020.
106 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,
2020.

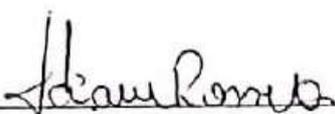
1. Idoso. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Atenção
Domiciliar. 4. Enfermagem Geriátrica . 5.
Envelhecimento. I. Rosset, Idiane, orient. II.
Título.

FUNCIONALIDADE GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM 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, 28 de fevereiro de 2020.

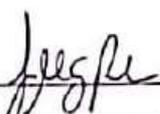
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Idiane Rosset

Presidente da Banca – Orientadora

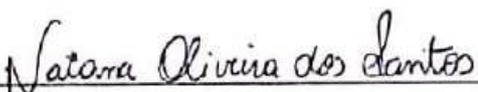
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

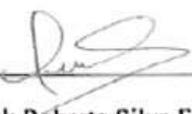
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Naiana Oliveira dos Santos

Membro da banca

UFN



Profa. Dra. Jack Roberto Silva Fhon

Membro da banca

USP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por todas as oportunidades concedidas.

Aos meus amados pais, Antonio e Lurdes, novamente passamos por muitos momentos de saudade, agradeço imensamente por compreenderem minha ausência neste período, e sempre estarem ao meu lado, mesmo na distância, com muitas orações, incentivo e amor. À minha irmã Marinalda, sou muito grata por tudo que você fez e faz por mim, sempre me apoiando sem medir esforços, saiba que você é meu exemplo.

Meus avós (in memoriam), Claudino e Lourdes, que tanto amo, nunca esquecerei de vocês em nenhuma conquista, gratidão pelos ensinamentos deixados.

Ao meu amor, Leonardo, obrigada por ter se tornado o meu porto seguro, seu apoio foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Gratidão por toda sua parceria, cuidado, paciência, amor, dedicação e incentivo. Juntamente agradeço a todo apoio recebido de sua família.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Idiane Rosset por todo conhecimento compartilhado, tranquilidade e por acreditar em mim. Aos professores Dra. Lisiane M. G. Paskulin, Dra. Naiana O. dos Santos, Dra. Aline C. M. Gratão e Dr. Jack Roberto S. Fhon agradeço pela honra em tê-los como banca deste estudo, compartilhando seus saberes.

A minha querida dupla de mestrado Gilmara Ramos, gratidão pelo apoio e parceria desde o início desta jornada, sua amizade tornou-se um presente para além da vida acadêmica. Agradeço a nossa bolsista Juana V. Soares, pela incansável ajuda na coleta de dados e por nos representar tão bem nos eventos.

Agradeço muito a minha amiga Fernanda L. F. Dal Pizzol por estar presente em mais este momento, gratidão por sua amizade, parceria e pelos incansáveis conselhos, orientações e revisões deste trabalho. As queridas amigas lisianetes obrigada por todos ensinamentos, dicas e parceria de longa data. Agradeço também a Ceres, Angélica e Vânia pela ajuda no aperfeiçoamento deste estudo.

Muito obrigada aos idosos e seus familiares que nos receberam em seus domicílios, aceitando participar da pesquisa, suas informações ajudarão a melhorar cada vez mais a assistência em saúde prestada no domicílio.

Enfim, meu muito obrigada a todos envolvidos!

*“Não acrescente dias em sua vida, mas vida
aos seus dias”*

Harry Benjamin

RESUMO

Em âmbito mundial, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida. O avançar da idade implica redução da funcionalidade dos indivíduos, o que pode resultar em diferentes níveis de dependência e em necessidade de suporte. Nesse contexto, a modalidade de saúde Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) é uma estratégia de prevenção de agravos, reabilitação e suporte ao idoso e à família na Atenção Básica. Este estudo teve como objetivos analisar os fatores associados à funcionalidade global em idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário do município de Porto Alegre – RS, avaliar a funcionalidade global e os principais sistemas funcionais dos idosos, analisar a associação da autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida dos idosos com variáveis sociodemográficas, funcionalidade e quedas. Trata-se de um estudo transversal com 124 idosos (≥ 60 anos) vinculados à AD1 do Distrito Sanitário Centro de Porto Alegre. Foram realizadas entrevistas estruturadas no domicílio de cada participante no período de outubro de 2018 a abril de 2019. A funcionalidade global foi avaliada pelas escalas de Barthel e de Lawton e Brody, os principais sistemas funcionais foram avaliados pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM), pelo Teste *Timed Up and Go* (TUG) e pela Escala de Depressão Geriátrica. Foi também aplicado questionário de dados sociodemográficos, quedas, autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida. Foram aplicadas análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o n.º 2.740.678 e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre n.º 2.900.696. O maior percentual de idosos possuía dependência mínima para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), 41,9%, e maior dependência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mediana de 12. Houve associação entre dependência moderada/elevada/total nas ABVD com déficit cognitivo ($p=0,021$) e acamado/cadeirante ($p=0,014$). A maior dependência nas AIVD (mediana < 12) apresentou associação com idade ≥ 80 anos ($p=0,006$), estado conjugal solteiro/separado ($p=0,013$), déficit cognitivo ($p=0,001$), acamado/cadeirante ($p=0,020$) e $TUG \geq 20$ ($0,048$). Não houve associação significativa entre autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida regular/ruim com nível maior de dependência nas ABVD e AIVD. A autoavaliação do estado de saúde regular/ruim apresentou associação com os sintomas depressivos leves ($p=0,002$) e severos ($p < 0,001$) e a satisfação com a vida regular/ruim teve associação com o medo de cair ($p=0,019$) e com os sintomas depressivos leves ($p < 0,001$) e severos ($p < 0,001$). As associações encontradas são importantes norteadores

de intervenções de saúde direcionadas à funcionalidade e ao bem-estar da população idosa. Estes achados ressaltam ainda mais a necessidade de sistematização e de ampliação da ADI para atender às demandas da população idosa.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Atividades Cotidianas; Envelhecimento; Enfermagem Geriátrica; Pacientes Domiciliares; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Worldwide, population aging has been growing rapidly. The advancement of age implies a reduction in the functionality of individuals, which can result in different levels of dependence and the need for support. In this context, the type 1 of home care (AD1) is a strategy for the prevention of injuries, rehabilitation and support for the elderly and the family in Primary Health Care. This study aimed to analyze the factors associated with global functionality in aged people linked to Home Care in Primary Care in a Health District in the city of Porto Alegre – RS/Brazil, evaluate the global functionality and the main functional systems of the elderly, analyze the association of self-assessment of health status and satisfaction with the life of the elderly with sociodemographic variables, functionality and falls. This is a cross-sectional study with 124 aged people (≥ 60 years) linked to AD1 in the Health District Centro of Porto Alegre. Structured interviews were conducted at each participant's home from October 2018 to April 2019. Global functionality was assessed by the Barthel and Lawton and Brody scales, the main functional systems were assessed by the Mini Mental State Examination (MMSE), the Timed Up and Go Test (TUG) and the Geriatric Depression Scale. A questionnaire of sociodemographic data, falls, self-assessment of health status and satisfaction with life was also applied. Bivariate and multivariate Poisson Regression analyzes were applied. The level of significance adopted was 5% ($p < 0.05$). Approved by the Research Ethics Committees of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre under n.º 2740678 and the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre n.º 2900696. The highest percentage of aged people had a minimum dependence for Basic Activities of Daily Living (BADL), 41.9%, and a greater dependence for Instrumental Activities of Daily Living (IADL), median of 12. There was an association between moderate/severe/total dependence in BADL with cognitive impairment ($p = 0.021$) and bedridden/wheelchair ($p = 0.014$). The greatest dependence on IADL (median < 12) was associated with age ≥ 80 years ($p = 0.006$), single/separated marital status ($p = 0.013$), cognitive impairment ($p = 0.001$), bedridden/wheelchair users ($p = 0.020$) and $TUG \geq 20$ (0.048). There was no significant association between self-rated health status and satisfaction with life regular/bad with a higher level of dependence on BADL and IADL. Self-assessment of regular/bad health status was associated with mild ($p = 0.002$) and severe ($p < 0.001$) depressive symptoms and satisfaction with regular/bad life was associated with fear of falling ($p = 0.019$) and with mild ($p < 0.001$) and severe ($p < 0.001$) depressive symptoms. The associations found are important guidelines for health interventions aimed at the functionality and well-being of the aged population.

These findings further underscore the need for systematization and expansion of AD1 to meet the demands of the aged population.

Keywords: Health of the Elderly; Activities of Daily Living; Aging; Geriatric Nursing; Homebound Persons; Primary Health Care.

RESUMEN

En todo el mundo, el envejecimiento de la población ha estado ocurriendo rápidamente. El avance de la edad implica una reducción en la funcionalidad de los individuos, lo que puede resultar en diferentes niveles de dependencia y la necesidad de apoyo. En este contexto, el tipo de Atención Domiciliaria tipo 1 (AD1) es una estrategia para la prevención de agravios, rehabilitación y apoyo a los ancianos y la familia en Atención Primaria de Salud. Este estudio tenía como objetivos analizar los factores asociados con la funcionalidad global en personas mayores vinculadas a la Atención Domiciliaria en Atención Primaria de Salud en un distrito de salud en la ciudad de Porto Alegre - RS, para evaluar la funcionalidad global y los principales sistemas funcionales de las personas mayores, para analizar la asociación de autoevaluación estado de salud y satisfacción con la vida de los ancianos con variables sociodemográficas, funcionalidad y caídas. Este es un estudio transversal con 124 personas mayores (≥ 60 años) vinculadas a AD1 en el distrito de salud Centro de Porto Alegre. Las entrevistas estructuradas se llevaron a cabo en la casa de cada participante desde octubre de 2018 hasta abril de 2019. La funcionalidad global fue evaluada por las escalas de Barthel y Lawton y Brody, los principales sistemas funcionales fueron evaluados por el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), la Prueba *Timed Up and Go* (TUG) y la Escala de Depresión Geriátrica. También se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos, caídas, autoevaluación del estado de salud y satisfacción con la vida. Se aplicaron análisis bivariados y multivariados de regresión de Poisson. El nivel de significación adoptado fue del 5% ($p < 0,05$). Aprobado por los Comités de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre con el número 2.740.678 y la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre con el número 2.900.696. El porcentaje más alto de personas de edad avanzada tenía una dependencia mínima de las actividades básicas de la vida diaria (BADL), 41.9%, y una mayor dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), mediana de 12. Hubo una asociación entre dependencia moderada/alto/total en BADL con deterioro cognitivo ($p = 0.021$) y postrado en cama/silla de ruedas ($p = 0.014$). La mayor dependencia de IADL (mediana < 12) se asoció con edad ≥ 80 años ($p = 0.006$), estado civil soltero / separado ($p = 0.013$), deterioro cognitivo ($p = 0.001$), usuarios de sillas de ruedas/en cama ($p = 0.020$) y $TUG \geq 20$ (0.048). No hubo una asociación significativa entre el estado de salud autoevaluado y la satisfacción con la vida regular/mala con un mayor nivel de dependencia de BADL e IADL. La autoevaluación del estado de salud regular/deficiente se asoció con síntomas leves ($p = 0,002$) y severos ($p < 0,001$) y la satisfacción con la vida normal/mala se asoció con el

miedo a caerse ($p = 0,019$) y con síntomas leves ($p < 0.001$) y severos ($p < 0.001$). Las asociaciones encontradas son pautas importantes para las intervenciones de salud dirigidas a la funcionalidad y el bienestar de la población de edad avanzada. Estos hallazgos subrayan aún más la necesidad de sistematización y expansión de AD1 para satisfacer las demandas de la población de edad avanzada.

Palabras clave: Salud del Anciano; Actividades Cotidianas; Envejecimiento; Enfermería Geriátrica; Personas Imposibilitadas; Atención Primaria de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
DS	Distrito Sanitário
EAB	Equipe de Atenção Básica
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NEESFAC	Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUG	<i>Timed Up and Go</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	CONTEXTO TEÓRICO	21
3.1	Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	21
3.2	Processo de envelhecimento	24
3.3	Funcionalidade global	26
4	MÉTODO	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Local de realização do estudo	30
4.3	Participantes do estudo	31
4.3.1	Critérios de inclusão	31
4.3.2	Critérios de exclusão	31
4.3.3	Cálculo amostral	32
4.4	Coleta de dados	32
4.4.1	Instrumentos para a coleta de dados	35
4.4.1.1	<i>Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde</i>	35
4.4.1.2	<i>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</i>	35
4.4.1.3	<i>Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)</i>	36
4.4.1.4	<i>Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody</i>	36
4.4.1.5	<i>Teste Timed Up and Go</i>	37
4.5	Análise dos dados	38
4.6	Aspectos éticos	38
5	ARTIGOS CIENTÍFICOS	40
5.1	Artigo científico 1	41
5.2	Artigo científico 2	64
6	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	80

APÊNDICE A – Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde do idoso	91
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Projeto maior)	93
ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	95
ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica	96
ANEXO C – Índice de Barthel	97
ANEXO D – Escala de Lawton e Brody	99
ANEXO E – Teste “Timed Up and Go”	100
ANEXO F – Aprovação do HCPA.....	101
ANEXO G – Aprovação da SMSPA.....	103
ANEXO H – Termo de Compromisso de Utilização de Dados HCPA	105
ANEXO I – Termo de Compromisso de Utilização de Dados SMSPA	106

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação versa sobre a funcionalidade global e sobre os fatores a ela associados em idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário do município de Porto Alegre. Ainda, integra o projeto maior¹ intitulado “Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre” em parceria com o Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC).

Em âmbito mundial, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, apresentando impacto em diversos setores da sociedade. De acordo com uma revisão da *United Nations* sobre as perspectivas da população mundial, o número de pessoas idosas no mundo em 2030 deverá alcançar 1,4 bilhão, aumentando para 2,1 bilhões em 2050 (UNITED NATIONS, 2017). No Brasil, conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030 o número de idosos atingirá 42,1 milhões, devendo chegar a 66,2 milhões em 2050 (IBGE, 2018).

O envelhecimento populacional é resultado da transição demográfica, que levou à inversão da pirâmide etária, sobretudo devido à redução das taxas de natalidade e de mortalidade, decorrente da evolução das ciências da saúde e das ciências sociais, assim como em virtude do desenvolvimento socioeconômico e científico. Esse aumento da longevidade gera mudanças no perfil de morbimortalidade, elevando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, as quais contribuem para a rápida deterioração da capacidade funcional, ocasionando incapacidades, necessidade de cuidados prolongados e/ou até mesmo a institucionalização (MORAES, 2012; PASCHOAL, 2013).

As transformações demográficas e epidemiológicas são catalisadoras do perfil de saúde atual dos brasileiros, o qual, de forma mais ampla, pode ser definido como transição em saúde, pois inclui, além das mudanças demográficas e epidemiológicas, a dimensão ambiental e territorial e a sua relação com a distribuição de ações em saúde no decorrer do tempo (MARTINUCI; GUIMARÃES, 2018). Os sistemas de atenção à saúde devem ser respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a). No entanto, os serviços de saúde ainda demonstram-se despreparados para atender às novas demandas de

¹ O projeto maior está organizado em duas fases, incluindo dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de curso em Enfermagem. A primeira fase objetiva conhecer a organização da modalidade de Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) no município de Porto Alegre. Enquanto a segunda fase, a qual contempla este estudo, tem como objetivo conhecer as condições de saúde e de acesso de idosos vinculados à AD1 do Distrito Sanitário Centro de Porto Alegre.

saúde, tornando-se necessário rever suas estruturas, seus programas e suas políticas públicas, direcionando-os às particularidades dessa nova configuração populacional (HÉBERT, 2015; BRASIL, 2017a; CÔRTE *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2017).

Desde 2011, está prevista nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Domiciliar (AD) como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2011a). A AD serve como uma estratégia em saúde diante desse cenário de rápido envelhecimento populacional e de outros componentes que resultam na transição em saúde. Está organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), destinada aos usuários que requerem cuidados com menor frequência e complexidade, sendo de responsabilidade da Atenção Básica, previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3) voltadas aos usuários com necessidades de cuidado intensificado e sequencial, sendo de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

A modalidade AD1 ainda é pouco estruturada na Atenção Básica quanto à sistematização do cuidado prestado e também pouco mencionada em publicações científicas, quando comparada com as modalidades AD2 e AD3, que constituem o programa Melhor em Casa. Embora o Ministério da Saúde proponha critérios de inclusão e de alta para a modalidade AD1, na prática, ainda encontram-se dificuldades para aplicá-los e compreendê-los (BRASIL, 2012a; SOARES, 2019). Os critérios para periodicidade das visitas domiciliares são estabelecidos de acordo com a necessidade, ocorrendo uma grande variabilidade na forma de organização da AD1, inclusive por diferentes equipes dentro de uma mesma Unidade de Saúde (SOARES, 2019).

O perfil previsto para AD1 é de indivíduos que possuam problemas de saúde controlados/compensados, que necessitem de cuidados de menor frequência e que apresentem alguma dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até um serviço de saúde (BRASIL, 2016). A AD1 possui grande potencial estratégico diante do rápido processo de envelhecimento da população brasileira. Dentre suas funções estão as ações relacionadas à prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo a continuidade de cuidados (BRASIL, 2016). Apesar de não ser direcionada somente a idosos, observa-se, na prática, que grande parte dos usuários da AD1 possui mais de 60 anos, principalmente em locais com população mais envelhecida (BRASIL, 2014; SOARES, 2019).

A AD1 possui potencial de evitar agravamento e complicações de saúde, por exemplo, em idosos acometidos por acidente vascular cerebral que permanecem com sequelas leves, como disfagia, hemiparesia e que estejam estáveis, podem receber orientações para o

desempenho das atividades básicas, avaliação das condições da casa e do conhecimento da família afim de adaptar o espaço e capacitar os envolvidos no cuidado. Caso seja necessário, cabe à equipe da atenção básica encaminhar o idoso para outras redes de apoio (RODRIGUES *et al.*, 2013). Outro exemplo frequente é o de idosos que possuem restrição de movimentos devido a artrose, osteoporose, sarcopenia ou outros problemas de saúde, os quais podem também ser acompanhados pela AD1, a fim de diminuir complicações de sua patologia de base e demais comorbidades, estabelecer intervenções de reabilitação e educacionais, de modo a reduzir internações hospitalares e capacitar a família e/ou os amigos para prestar o cuidado no domicílio (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2018).

Nessa perspectiva, este estudo foi direcionado para os indivíduos idosos da AD1, uma vez que são poucos os estudos nacionais que abordaram as características de idosos vinculados à AD1, o que dificulta a proposição de intervenções e a melhora da estruturação desta modalidade de saúde diante do grande número de idosos. O cuidado de enfermagem prestado no domicílio pode auxiliar na prevenção de agravos, na reabilitação e no tratamento de pacientes idosos crônicos estáveis. Além de ofertar suporte e assistência considerando às Grandes Síndromes Geriátricas: imobilidade, incontinência esfincteriana, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (MORAES, 2012; CRUZ; FELISBINO; GOMES, 2019).

Frente a isso, fortalecer e aprimorar a modalidade AD1 como uma estratégia de saúde diante do rápido envelhecimento populacional é de extrema relevância. Os idosos inseridos na AD1 possuem algum comprometimento de saúde e/ou limitação da capacidade funcional, por isso é importante o enfoque dos profissionais na prevenção de agravos e na reabilitação. A Avaliação Multidimensional do Idoso permite o reconhecimento de sua condição de saúde, por meio da identificação de sua funcionalidade global, quanto a independência e autonomia nas atividades de vida diária, e quanto à detecção de comprometimento dos principais sistemas funcionais, representados por cognição, humor, mobilidade e comunicação (MORAES *et al.*, 2017). Nesse sentido, a avaliação da funcionalidade global e dos principais sistemas funcionais torna-se essencial para estabelecer diagnósticos de alterações, implementação de intervenções, bem como para o estabelecimento de prioridades e de metas terapêuticas individualizadas (MORAES, 2012; OMS, 2015; MARANDINI; SILVA; ABREU, 2017).

A funcionalidade global é um conceito abrangente que compreende a capacidade do indivíduo de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo, sendo, portanto, a base do conceito de saúde do idoso. O declínio funcional acarreta a perda da autonomia e/ou da independência da

pessoa idosa, sendo que autonomia e independência estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos quatro principais sistemas funcionais: a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação. A funcionalidade global é ancorada por esses sistemas funcionais, sendo avaliada através da capacidade de desempenhar as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária (MORAES, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta a perda da capacidade funcional como um grande problema que afeta as habilidades físicas e mentais dos idosos, necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006a). A capacidade funcional é uma das medidas da funcionalidade global e está associada a uma rede complexa de fatores multidimensionais (ROSA *et al.*, 2003; NOGUEIRA *et al.*, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2019).

Estudos identificaram alguns fatores associados à capacidade funcional ou funcionalidade de idosos em geral: idade, sexo, renda, escolaridade, estado conjugal, morbidades, atividades religiosas, percepção de saúde, hospitalização, humor (sintomas depressivos) e cognição (ROSA *et al.*, 2003; FIEDLER; PERES, 2008; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; FREITAS *et al.*, 2012; ASSIS *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2014; FERREIRA-AGRELI *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2017). Na literatura encontram-se algumas pesquisas científicas sobre a capacidade funcional de idosos, porém, inseridos em outras formas de assistência domiciliar que antecedem a implementação da AD1 no SUS ou em outras formas específicas de atendimento domiciliar de alguns municípios (ALENCAR; HENEMANN; ROTHENBUHLER, 2008; DINIZ *et al.*, 2016). Entretanto, quando se trata de idosos acompanhados pela AD1 identificam-se poucos estudos e lacunas no conhecimento, especialmente considerando-se fatores associados a funcionalidade global nesse contexto específico.

O conhecimento dos fatores associados a funcionalidade global em idosos acompanhados pela AD1 possibilita identificar fragilidades e necessidades de intervenções específicas a essa população. Este estudo torna-se relevante na medida que identificará indicadores de saúde que possam subsidiar planos de cuidados, através da avaliação multidimensional desses idosos. Ademais, possibilitará amplificar a importância do uso de instrumentos na Atenção Básica para avaliação da pessoa idosa, ressaltando a relevância da sistematização do cuidado, e o papel do enfermeiro na identificação de necessidades do idoso vulnerável e/ou frágil e à sua família, na prestação de suporte, ações educativas e gestão do cuidado (LEANDRO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, este estudo visa analisar os fatores associados à funcionalidade global em idosos vinculados à AD da Atenção Básica de um Distrito Sanitário do município de Porto Alegre – RS. Os conhecimentos gerados poderão servir de subsídios para o planejamento de estratégias e de intervenções em saúde, tendo em vista o envelhecimento saudável, a redução de hospitalizações/institucionalizações e as ações programáticas dos serviços de saúde de Atenção Básica. Além disso, permitirão sugerir novas abordagens de pesquisa sobre o tema e levantar possíveis necessidades de reorganização e estruturação da AD1.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à funcionalidade global em idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário do município de Porto Alegre – RS.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas, de acordo com a faixa etária;
- b) Avaliar a funcionalidade global e os principais sistemas funcionais dos idosos;
- c) Analisar a associação da autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida dos idosos com variáveis sociodemográficas, funcionalidade e quedas.

3 CONTEXTO TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo tem como base aspectos relacionados à Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao processo de envelhecimento e à funcionalidade global.

3.1 Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Atenção Domiciliar (AD) caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças prestadas no domicílio do usuário, estabelecendo a transição e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a). A AD, no âmbito do SUS, visa reorganizar o cuidado domiciliar, com vistas à redução da demanda de atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados; a humanização da atenção; a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b). Além disso, permite que a equipe de saúde preste um cuidado diferenciado, a partir do contexto em que o usuário e a família estão inseridos (BRASIL, 2013, 2016).

O cuidado à saúde prestado no domicílio é uma prática que remonta à existência das famílias como unidade de organização social. Porém, com a implantação das instituições hospitalares, a família afastou-se do cuidado de seus entes no domicílio, recorrendo cada vez mais à atenção dos profissionais de saúde por se sentir impotente diante do cuidado científico, ocasionando, com o decorrer do tempo, congestionamento nos hospitais (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004; BRASIL 2012a).

Dessa forma, a AD surge como uma alternativa ao cuidado hospitalar, retomando o cuidado prestado no domicílio pelas famílias, unindo-o aos conhecimentos dos profissionais de saúde. A primeira unidade de Assistência Domiciliar surgiu nos Estados Unidos, em 1947, e teve como objetivo inicial descongestionar o Hospital Montefiore e proporcionar aos usuários e aos familiares um ambiente mais auspicioso. A partir de então, outras experiências deste tipo multiplicaram-se em outros países, servindo como estratégia para desinstitucionalização e redução de custos (REHEM; TRAD, 2005; MADIGAN; CURET, 2006).

No Brasil, a primeira experiência de atendimento domiciliar organizada como um serviço foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949 (REHEM; TRAD, 2005). Na década de noventa, com a implementação do SUS, os

serviços de AD obtiveram caráter municipal e territorial, expandindo a população alvo, não sendo necessariamente voltados apenas para paciente em internação hospitalar. Simultaneamente, os serviços privados (*Home Care*) tornaram-se cada vez mais comuns. A partir de então, os serviços de AD começaram a se desenvolver e se expandir cada vez mais no país, surgindo outros projetos e experiências de AD, fazendo com que houvesse a necessidade de regulamentação de seu funcionamento vinculado ao SUS e à estruturação desse serviço (SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2014).

Em 2002, foi publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar (atendimento e internação domiciliar) no âmbito do SUS (BRASIL, 2002) e, por conseguinte, experiências e tentativas de assistência domiciliar continuaram aumentando no país. No município de Porto Alegre, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) destaca-se por ser um dos pioneiros no Brasil na modalidade de AD, já que iniciou no ano de 2004 com a finalidade de desospitalização de pacientes. Ao longo de sua trajetória, foram implementadas diversas inovações, sempre buscando garantir um atendimento eficiente, uniforme e seguro. Ademais, suas experiências mostraram-se relevantes para a construção de modelos de práticas para as equipes que atuam no país (BRASIL, 2014).

Em 2006, foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a qual dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD (BRASIL, 2006b). Também em 2006 foi instituído no SUS, através da Portaria nº 2.529, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a usuários clinicamente estáveis, que necessitavam de cuidados de intensidade acima das modalidades ambulatoriais (BRASIL, 2006c). Apesar da regulamentação, as experiências em AD nos municípios prosseguiram com incipiente apoio técnico e financeiro federal, sendo retomado o tema da AD no início do ano de 2011 no Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Assim, em 2011, a Portaria nº 2.529 de 2006 foi revogada e ampliada pela Portaria nº 2.029, que institui a AD no âmbito do SUS como uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2011a). A partir disso, no intuito de qualificação da AD foram estabelecidas outras portarias que trouxeram redefinições da AD, como a Portaria nº 2.527/2011, Portaria nº 963/2013 e Portaria nº 825/2016 (BRASIL, 2011b, 2013, 2016).

Atualmente a AD está organizada em três modalidades: a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), a Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e a Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) (BRASIL, 2016). Essas três modalidades servem para substituir ou complementar a Atenção Básica, a

intervenção hospitalar de baixa e média complexidade e os cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a). A AD, além de qualificar a assistência após a alta hospitalar, também serve como uma estratégia para gestores de leitos hospitalares que visam reduzir o tempo de hospitalização e as reinternações (SILVA *et al.*, 2019b).

Segundo a última Portaria nº 825/2016, os critérios de indicação para a AD são: usuários estáveis clinicamente, que necessitem de atenção à saúde em restrição ao leito/lar de maneira temporária/definitiva ou em grau de vulnerabilidade e que possuam alguém que se responsabilize pelos cuidados no domicílio. A AD deve ser ofertada nos casos em que for considerada mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos (BRASIL, 2016).

Os usuários elegíveis para modalidade AD1 devem, além de possuir os critérios gerais de indicação para AD, necessitar de cuidados com menor frequência multiprofissionais, pressupondo estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. Está previsto, na Portaria nº 825/2016, que a prestação da assistência à saúde na AD1 é de responsabilidade das Equipes de Atenção Básica (EAB), por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. Entretanto, na prática nem sempre é possível seguir os rigorosamente os critérios propostos, necessitando de adaptações locais, diante das diferentes demandas e recursos disponíveis. As EAB devem ser apoiadas na AD1 pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por ambulatórios de especialidades e por centros de reabilitação (BRASIL, 2016).

A modalidade AD1 ainda precisa ser aprimorada e reconhecida como uma estratégia de grande potencial diante da transição em saúde atual, junto às modalidades AD2 e AD3. A AD1 não é exclusiva para idosos, no entanto é constituída na maior parte por esse público, principalmente em locais com população mais envelhecida (BRASIL, 2012a, 2014).

As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e fazem parte do programa Melhor em Casa, o qual objetiva promover a desospitalização dos pacientes estáveis, que possam dar continuidade ao seu tratamento no domicílio, cujo nível de complexidade de cuidado seja maior do que o ofertado pela atenção primária, além de evitar reinternações hospitalares (PMPA, 2020a). As equipes que compõem o SAD são: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As EMAD realizam atendimento regular no domicílio dos usuários (no mínimo uma vez por semana), enquanto as EMAP oferecem suporte e complementam as ações das EMAD, quando acionadas por indicação clínica pela própria EMAD (BRASIL, 2016).

O critério de elegibilidade para a modalidade AD2 é possuir indicação de AD, com a finalidade de abreviar ou evitar hospitalização em usuários que apresentam afecções agudas ou crônicas agudizadas, precisando de cuidados intensificados e sequenciais (tratamentos parenterais ou reabilitação); que tenham afecções crônico-degenerativas, o que demanda atendimento no mínimo semanal; que necessitem de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal ou que seja casos de prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. Na modalidade AD3 considera-se elegível usuários que possuam qualquer uma das condições para a modalidade AD2 e que necessitem de cuidado multiprofissional mais frequente, de uso de equipamento(s) ou procedimento(s) de maior complexidade, tais como ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea (BRASIL, 2016).

Estudos ainda identificam um déficit na oferta de serviços de AD, que devem ser reorganizados considerando as necessidades de saúde atuais (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014; BRAGA *et al.*, 2016). A AD1 apresenta-se como um dispositivo de cuidado na nova configuração populacional, sobretudo fortalecendo a rede de apoio e assistência à população idosa, estabelecendo ações voltadas para a saúde do idoso, com foco na preservação da independência e da autonomia pelo maior tempo possível (BRASIL, 2006d).

3.2 Processo de Envelhecimento

Em âmbito mundial, o processo de envelhecimento populacional ocorre de maneira acelerada. Segundo uma revisão da *United Nations* sobre as perspectivas da população mundial, o número de pessoas idosas no mundo em 2030 deverá alcançar 1,4 bilhão, ascendendo para 2,1 bilhões em 2050 (UNITED NATIONS, 2017).

No Brasil, o crescimento do número de idosos também ocorre de modo acelerado. Conforme projeções do IBGE para o ano de 2019, a população de idosos atingirá o patamar de 29 milhões, aumentando para 42,1 milhões em 2030, devendo chegar a 66,2 milhões em 2050 (IBGE, 2018).

No Estado do Rio Grande do Sul (RS), os idosos representam 17,6% dos habitantes (IBGE, 2019). Na capital desse estado, Porto Alegre, os idosos representam 15% da população e, de acordo com os dois últimos censos demográficos, esse município apresentou um aumento significativo no número de idosos, de 27,46% em uma década (OBSERVAPOA, 2018a).

A pirâmide etária brasileira reflete em seu formato esse processo de transição demográfica, passando do formato de base larga e topo estreito, para o formato de equilíbrio entre os grupos etários, com tendência para o alargamento do topo, típico de sociedades envelhecidas. Esse envelhecimento populacional está relacionado com a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade (MENDES, 2012).

O envelhecimento individual é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, psicológicas, bioquímicas e funcionais que determinam a capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente (PAPALÉO NETTO; PONTES, 2002; GUIMARÃES *et al.*, 2012; CORTE; SILVA, 2013). Esse processo de envelhecimento pode ser biológico-fisiológico (senescência²) ou patológico (senilidade³) (MORAES, 2008).

No processo de envelhecimento fisiológico dos indivíduos, é comum ocorrer uma perda funcional de forma lenta e progressiva, que não provoca incapacidade, mas que pode trazer alguma limitação. Porém, quando acompanhado de doenças crônicas, deterioração das funções e/ou fragilidade, demanda dos profissionais uma visão ampla do idoso, holística, devido às particularidades de cada processo (MORAES, 2008; GUIMARÃES *et al.*, 2012; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017; SARAIVA *et al.*, 2017).

Concomitante a essa transição demográfica, ocorrem transformações epidemiológicas, ambientais e territoriais, podendo ser definida, de forma mais ampla, como transição em saúde (CAMPOLINA *et al.*, 2013; BRASIL, 2016; MARTINUCI; GUIMARÃES, 2018). Todas essas mudanças repercutem na saúde do idoso, ou seja, na deterioração de sua capacidade funcional, o que ressalta a importância de dedicar atenção à prevenção dos declínios funcionais e cognitivos dos idosos, tão frequentes nos serviços públicos de saúde no Brasil (MELO *et al.*, 2017).

Esse declínio funcional no indivíduo idoso não deve ser considerado normal da idade, pois é um dos determinantes de hospitalizações, de institucionalizações e até de morte. As causas para o declínio funcional são multifatoriais, frequentemente associadas às doenças crônico-degenerativas, polifarmácia, sarcopenia e alto risco de iatrogenia (MORAES, 2012).

No cuidado da saúde do idoso deve-se considerar a preservação de sua autonomia e independência, pois o envelhecimento bem-sucedido não está diretamente relacionado à ausência de doenças, mas sim à qualidade de vida e ao bem-estar resultante da funcionalidade

² Senescência: é quando alterações fisiológicas e morfológicas advêm da falência ou morte celular, secundárias a processos adquiridos e/ou geneticamente programados, sem que haja um processo patológico, levando a uma diminuição da reserva funcional sem repercussões significativas nas condições metabólicas basais (PAPALÉO NETTO, 2013; CORTE; SILVA, 2013).

³ Senilidade: são mecanismos patológicos somados à senescência que culminam em perda funcional orgânica significativa (CASEL *et al.*, 2003; CORTE; SILVA, 2013).

preservada. Portanto, ainda que o idoso seja um portador de doenças crônicas, pode ser considerado saudável por sua autonomia e independente no desempenho das atividades de vida diária. (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; CORTE; SILVA, 2013; PAPALÉO NETTO, 2013).

3.3 Funcionalidade global

O envelhecimento é um processo a que os indivíduos estão sujeitos desde seu nascimento, sendo uma das tarefas mais difíceis para os seres humanos envelhecer de forma saudável. Contudo, é necessário saber diferenciar envelhecimento de doença e, principalmente, diferir viver mais de viver melhor, pois o resultado de um envelhecimento bem-sucedido depende do estilo de vida adotado (TERRA, 2013).

Os declínios biológicos ocorrem naturalmente com o avançar da idade. No entanto, o impacto dessas condições de saúde pode não interferir na sua funcionalidade, como no caso de idosos que apresentam uma deficiência auditiva significativa, mas mantêm normal seu convívio com o uso de aparelho auditivo (OMS, 2015).

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) define o Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. A capacidade funcional do idoso depende da sua capacidade intrínseca (capacidades físicas e mentais) e do ambiente em que está inserido (OMS, 2015).

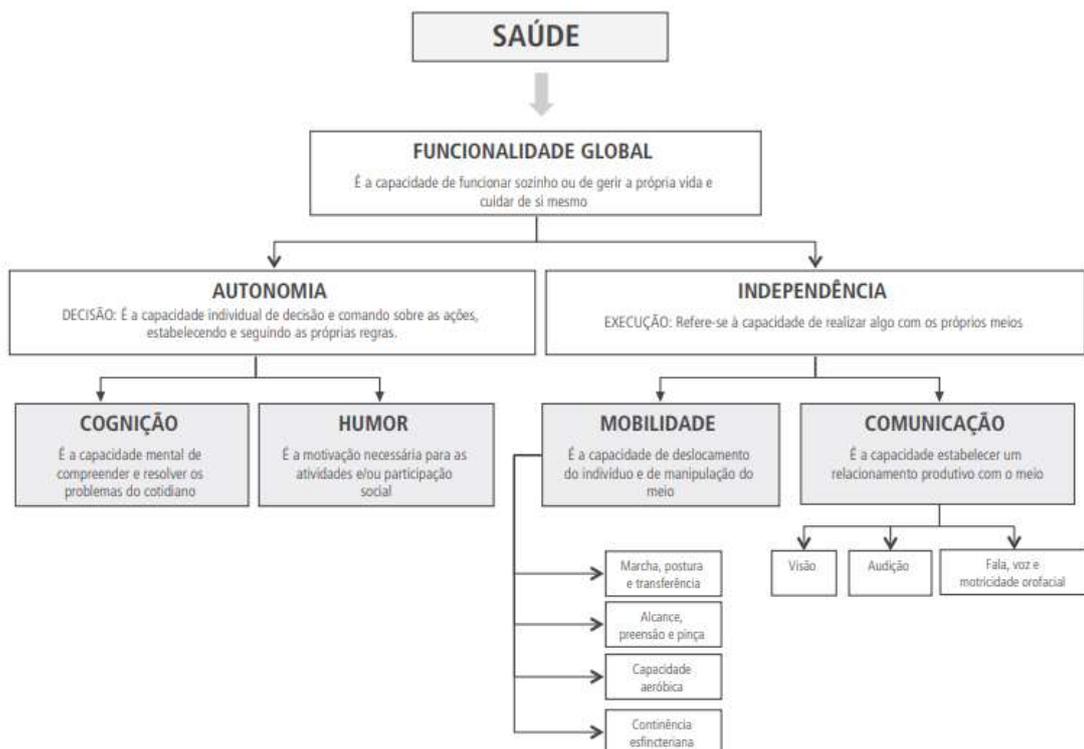
Diante disso, sabe-se que a capacidade funcional não permanece constante, pois a tendência é diminuir com o avanço da idade. No entanto, as escolhas de vida ou as intervenções realizadas com os indivíduos podem interferir nessa regressão (OMS, 2015), porém o conhecimento atual ainda apresenta lacunas em como agir para o envelhecimento saudável. Segundo o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), devem ser implementadas diversas intervenções com o mesmo objetivo: maximizar a capacidade funcional, sendo fundamental alinhar os sistemas de saúde às necessidades de sua população (BRASIL, 2012a; OMS, 2015).

O termo capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação, avaliando o potencial que a pessoa idosa tem para realizar as atividades. Através da avaliação da capacidade, é possível inferir o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho (OMS, 2004; BRASIL, 2006d).

Na literatura encontram-se diferentes conceitos para capacidade funcional adaptados ao contexto de envelhecimento fisiológico e patológico, sendo descrita também como sinônimo de funcionalidade global (ROSA *et al.*, 2003; LOURENÇO *et al.*, 2012; FERREIRA-AGRELI *et al.*, 2017). Entretanto, a capacidade funcional é uma medida da funcionalidade global, esta por sua vez é o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida (RAMOS, 2009). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) traz a funcionalidade como um termo abrangente, que envolve condições de saúde e fatores contextuais (pessoais e ambientais), e a descreve como sendo todas as funções do corpo, atividades e participação (OMS, 2004).

Moraes (2012) define funcionalidade global como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, ou seja, a capacidade para realizar as atividades de vida diária, com autonomia (capacidade de tomar decisões) e independência (capacidade de executar). Por sua vez a autonomia e a independência dependem do funcionamento integrado e harmonioso dos principais sistemas funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação (Figura 1). A avaliação da funcionalidade global e dos principais sistemas funcionais faz parte da avaliação multidimensional da pessoa idosa. Ainda, a funcionalidade é a base do conceito de saúde do idoso (MORAES, 2012).

Figura 1 – Funcionalidade global em idosos



Este estudo será embasado a partir do conceito de Moraes (2012) sobre funcionalidade global de idosos. Não existe uma escala específica que avalie a funcionalidade global, por isso sua mensuração é feita através da aplicação de instrumentos que avaliam de forma separada a capacidade funcional para desempenhar as atividades de vida diária e os principais sistemas funcionais: a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação.

A cognição está entre os principais sistemas funcionais por abranger a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano, incluindo memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosis/percepção e função visuoespacial. É responsável junto ao humor pela capacidade de decidir, por isso, é fundamental para a manutenção da autonomia do indivíduo (MORAES, 2012).

Nesse sentido, o humor também é essencial para a autonomia. A presença de sintomas depressivos é frequente entre os idosos, decorrente de privações, exclusões, perda do espaço no mercado de trabalho, condição financeira e social, aspectos esses que não devem ser negligenciados, ao se considerar normais da idade (MORAES, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A mobilidade é um dos sistemas funcionais de extrema importância para a independência (execução das atividades). A mobilidade depende de fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam na instabilidade postural e que estão associados ao risco de quedas em idosos. Dentre os fatores intrínsecos estão as comorbidades, o uso de diferentes medicamentos, a marcha lentificada, o déficit no equilíbrio, a diminuição da acuidade visual e auditiva, enquanto os fatores extrínsecos abrangem fatores ambientais, comportamentais e socioeconômicos (MORAES, 2012; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014; VIEIRA *et al.*, 2018).

Um estudo recente com 1448 idosos encontrou uma prevalência de quedas em idosos no período de um ano de 28,1%. Na maioria das ocorrências a queda ocorreu na própria residência do idoso e ocasionou a fratura de algum osso em cerca de 12% delas (VIEIRA *et al.*, 2018). As lesões relacionadas com a queda são uma das principais causas de dor, incapacidade funcional, perda de independência e morte prematura (WHO, 2019) e, além disso, as quedas na velhice têm sérias repercussões na vida do idoso, da família e dos amigos. Uma dessas repercussões é o medo de cair, que está associado ao declínio funcional, à diminuição da qualidade de vida e ao aumento do isolamento social na população idosa (SANTOS; FIGUEIREDO, 2019). À vista disso, a mobilidade requer muita atenção dos profissionais da saúde na avaliação de pessoas idosas.

Junto com a mobilidade, o sistema funcional da comunicação também é essencial para a independência do indivíduo, pois a incapacidade comunicativa pode ser determinante para a perda ou para a restrição da participação social. As habilidades comunicativas compreendem áreas distintas: linguagem, audição, motricidade oral, fala/voz e visão, esta última atua como função compensatória na ausência das outras habilidades da comunicação oral-verbal (MORAES, 2012).

O comprometimento dos principais sistemas funcionais gera incapacidades, as quais acarretam diminuição ou perda de independência e autonomia, e, por conseguinte, leva às Grandes Síndromes Geriátricas, também conhecidas como “Gigantes da Geriatria”: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (MORAES, 2012). Essas alterações podem reduzir a satisfação com a vida e o bem-estar desses indivíduos.

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde atentem para a autoavaliação do estado de saúde, também denominada percepção de saúde, porque ela revela a maneira de compreensão do indivíduo sobre a sua própria saúde, sendo, por isso, considerada, no idoso, um importante fator de expressão da perda de capacidade funcional (BORGES *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2019). Além disso, a autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida podem ser indicadores de qualidade de vida (KADOWAKI; WISTER; CHAPPELL, 2014).

A autoavaliação do estado de saúde e de satisfação com a saúde, segundo estudos nacionais e internacionais com idosos, estão associadas a fatores sociodemográficos, econômicos, funcionais, psicológicos (humor) e cognitivos (CONFORTIN *et al.*, 2015; SOUZA; COQUEIRO; FERNANDES, 2016; KOLOSNITSYNA; KHORKINA; DORZHIEV, 2017; NG; TEY; ASADULLAH, 2017; ARLI *et al.*, 2018; BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2018; SIQUEIRA *et al.*, 2019). São, portanto, medidas subjetivas, consideradas bons indicadores do estado de saúde da pessoa idosa (BORGES *et al.*, 2014; CONFORTIN *et al.*, 2015). Desta forma, é preciso que os profissionais de saúde considerem em suas intervenções a funcionalidade e o bem-estar do indivíduo idoso, prestando um cuidado integral e longitudinal.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico. Nesse tipo de estudo, as medidas das variáveis são realizadas em um único momento, fornecendo informações sobre a prevalência, o padrão de distribuição e a relação entre elas, logo, é profícuo para o planejamento de intervenções e ações (HULLEY *et al.*, 2015).

4.2 Local de realização do estudo

Este estudo foi conduzido no Distrito Sanitário (DS) Centro do município de Porto Alegre e ocorreu no domicílio ou na UBS de referência dos idosos participantes, de acordo com a preferência deles.

O DS fica localizado na região Centro-Oeste de Porto Alegre (Figura 2) e é um dos campos de práticas disciplinares e estágios da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, principalmente por ser de fácil acesso (COORSAÚDE, 2019; PMPA, 2020b). Dentre os 17 DS do município de Porto Alegre, o DS Centro possui a maior proporção de idosos cadastrados, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos do município, pois abrange, na sua totalidade, 278.066 habitantes, dos quais 60.371 (21,8%) são idosos (PMPA, 2020c).

Figura 2 – Distrito Sanitário Centro do Município de Porto Alegre



Fonte: OBSERVAPOA, 2018b.

O DS Centro é composto por três serviços de Atenção Básica: Santa Cecília (UBS com quatro Equipes de Saúde da Família), Modelo (uma UBS sem Equipe de Saúde da Família e uma UBS com duas Equipes de Saúde da Família) e Santa Marta (uma UBS sem Equipe de Saúde da Família e uma UBS com duas Equipes de Saúde da Família).

4.3 Participantes do estudo

A amostra deste estudo foi composta por 124 usuários idosos vinculados à AD1 do DS Centro do município de Porto Alegre, seguindo os mesmos critérios de inclusão e exclusão do estudo maior descrito a seguir. As listas fornecidas por enfermeiros e por agentes comunitários de saúde constaram 227 idosos vinculados à AD1 no total, considerando as três UBSs. No que diz respeito a essas listas, elas não eram padronizadas devido à forma diferente de organização de cada serviço. Desse modo, a lista disponibilizada pela UBS Santa Cecília era em planilhas eletrônicas de Excel que continham nome do paciente, endereço, telefone e equipe responsável pelo atendimento, ao passo que as listas fornecidas pelas UBSs Santa Marta e Modelo eram impressas e continham apenas o nome dos idosos vinculados à AD, endereço e telefone.

4.3.1 Critérios de inclusão

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

4.3.2 Critérios de exclusão

- Idosos que não foram localizados após três tentativas de contato telefônico, em turnos e dias diferentes, e que não estiveram no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar (VD);
- Idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita (informado pelo cuidador principal formal/informal ou profissional da equipe);
- Idosos com diagnóstico médico prévio de demência avançada (informado pelo cuidador principal formal/informal ou profissional da equipe);
- Idosos institucionalizados.

4.3.3 Cálculo amostral

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 que avaliam as principais variáveis do estudo, obteve-se 5% de significância e 80% de poder estatístico, que resultou em uma amostra de 124 idosos (N = 124) (HULLEY *et al.*, 2015). Cada artigo deste estudo possui seu cálculo amostral específico descrito nos seus respectivos métodos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas conduzidas por enfermeiras mestrandas acompanhadas por discentes da graduação de Enfermagem, no período de outubro de 2018 a abril de 2019. Foi realizado previamente um treinamento com todos os pesquisadores que participaram dessa etapa, com a finalidade de evitar vieses na aplicação dos instrumentos. Portanto, nas entrevistas estiveram sempre presentes dois pesquisadores treinados, sendo um destes uma enfermeira preparada para dar suporte aos idosos, caso houvesse algum desconforto.

Inicialmente, foi realizada a identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS Centro através das listas fornecidas pelos enfermeiros e pelos agentes comunitários de saúde de cada UBS participante do estudo. Para aqueles indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio ou na UBS de referência, de acordo com a preferência do idoso, procurando preservar sua privacidade em ambos locais. Todos os participantes optaram por realizar a entrevista no seu domicílio. Foram realizadas três tentativas de contato telefônico em dias e turnos diferentes e, nos casos em que não foi possível realizar o primeiro contato por telefone, os pesquisadores realizaram uma tentativa de VD para realizar a entrevista. Caso o idoso não tivesse disponibilidade para realizar a entrevista naquele momento, agendava-se para outro dia.

Na entrevista, após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram empregados os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A); Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde (APÊNDICE A); Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO B); Índice de Barthel (ANEXO C); Escala de Lawton e Brody (ANEXO D); Teste *Timed Up and Go* (ANEXO E). A duração das entrevistas foi de 60 minutos em média.

O primeiro instrumento aplicado, o MEEM, foi utilizado para avaliar cognição e comunicação e para definir se havia necessidade de o cuidador principal acompanhar a entrevista, pois quando a pontuação era igual ou inferior a 13, ponto de corte estabelecido por Bertolucci e colaboradores (1994) para alteração cognitiva em analfabetos, o cuidador principal, formal ou informal, era convidado a auxiliar o idoso nas respostas dos demais instrumentos aplicados, visando à veracidade dos dados. Houve necessidade de auxílio do cuidador em 26 casos que pontuaram igual ou inferior a 13 pontos. Entende-se por cuidador principal a pessoa que é responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso, assegurando, na medida do possível, o conforto físico e a segurança do doente (BORN, 2008). O cuidador formal é aquele que presta cuidados de saúde com vínculo empregatício. Já o cuidador informal pode ser um membro da família ou da comunidade que preste qualquer tipo de cuidado, sem remuneração, a pessoas dependentes (BRASIL, 2012a; GOLDBERG; LOPES, 2013). Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas com o próprio idoso, buscando-se auxílio do cuidador principal somente no caso supracitado.

A Figura 3 demonstra as inferências entre as principais variáveis do estudo, segundo conceito de funcionalidade de Moraes (2012). No centro do fluxograma encontra-se a funcionalidade global que foi mensurada neste estudo pela capacidade funcional em desempenhar atividades básicas e instrumentais de vida diária. Esta é resultado do funcionamento harmonioso e integrado dos principais sistemas funcionais (cognição, humor, comunicação e mobilidade) que se encontram na parte superior do fluxograma, influenciando na funcionalidade global e pode estar associada a outros fatores como as variáveis sociodemográficas idade, sexo, escolaridade, estado conjugal e renda familiar. As variáveis satisfação com a vida e autoavaliação do estado de saúde, na parte inferior do fluxograma, podem alterar conforme a funcionalidade global do indivíduo, além disso podem ter interferências de histórico de quedas.

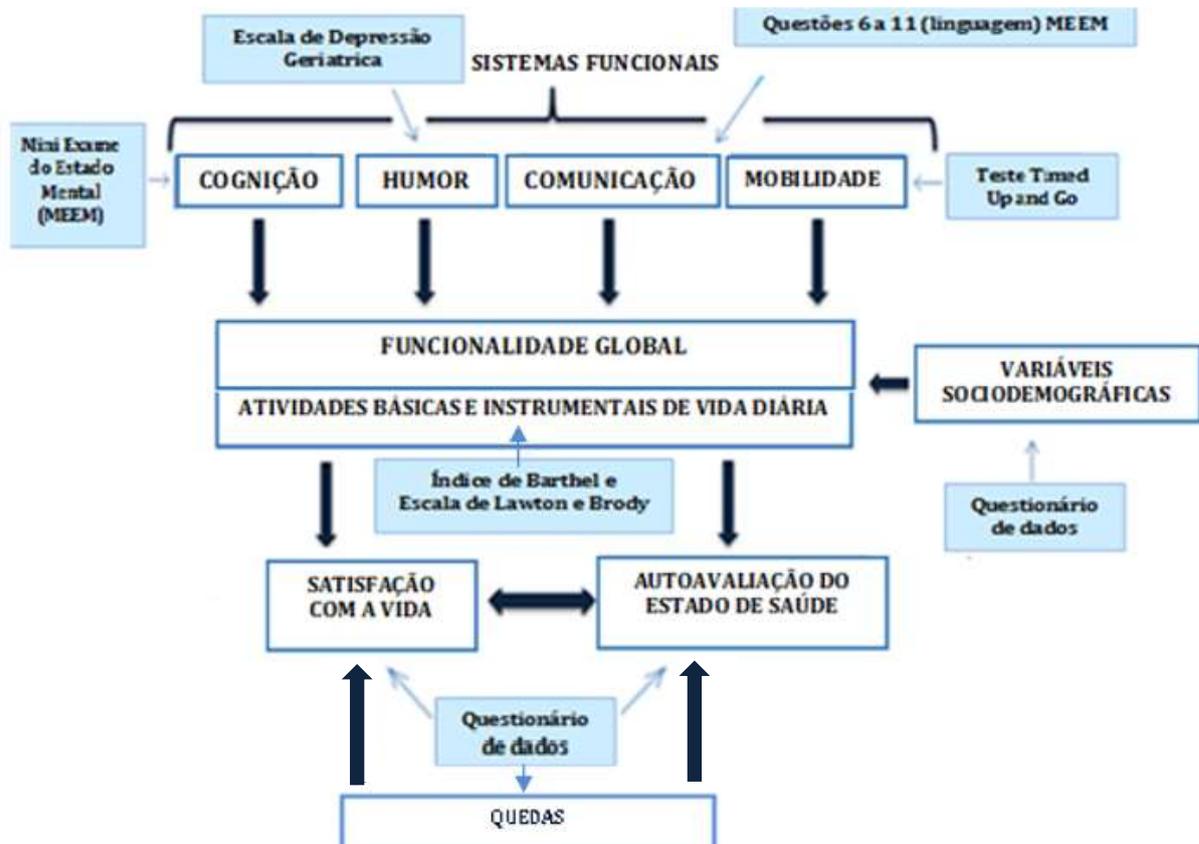
A avaliação da funcionalidade global foi através da avaliação da capacidade funcional pelos instrumentos: Índice de Barthel (ANEXO C) e Escala de Lawton e Brody (ANEXO D). Os principais sistemas funcionais foram avaliados pelos seguintes instrumentos: a cognição pelo MEEM (ANEXO A); o humor pela Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO B); a mobilidade pelo Teste *Timed Up and Go* (ANEXO E) e a comunicação pelas questões de 6 a 11 (linguagem) do MEEM. Os fatores associados à funcionalidade global foram extraídos do questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde. Os dados foram autorreferidos. Os instrumentos citados para avaliar as variáveis em estudo estão representados na Figura 4.

Figura 3 – Fluxograma demonstrativo de inferências entre as principais variáveis do estudo



Fonte: Adaptado de MORAES, 2012.

Figura 4 – Instrumentos utilizados para avaliar funcionalidade global e fatores associados



Fonte: Dados da pesquisa, Predebon ML, Porto Alegre, 2020.

4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

Os instrumentos que foram aplicados na coleta de dados, conforme citados acima, estão descritos nos próximos subitens.

4.4.1.1 *Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde*

Este questionário foi construído pelas pesquisadoras deste estudo para coletar dados sociodemográficos dos idosos: idade, data de nascimento, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar e número de indivíduos que residem no domicílio; além de dados clínicos autorreferidos com perguntas objetivas de: morbidades/condição de saúde, quedas, satisfação com a vida e autoavaliação do estado de saúde (APÊNDICE A).

4.4.1.2 *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*

O MEEM (ANEXO A) é um teste de rastreio de declínio cognitivo, que foi utilizado para avaliar a cognição dos idosos e também para avaliar a comunicação, através dos itens de 6 a 11 (linguagem). Trata-se de uma escala que foi construída por Folstein e colaboradores (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975) e, após, diversos autores propuseram ajustes na adaptação para a versão brasileira e validação (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; ALMEIDA, 1998; BRUCKI *et al.*, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). Na validação constam apenas alguns dos testes necessários e existem diferentes pontos de corte propostos para essa escala, no entanto, permanece sendo um dos principais exames clínicos aplicados em idosos com suspeita de declínio cognitivo e está presente em grande parte das pesquisas com idosos (MELO; BARBOSA, 2015). Estudo para determinar confiabilidade teste-reteste do MEEM em uma população idosa em acompanhamento ambulatorial de Lourenço, Veras e Ribeiro (2008) encontrou Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,80 e coeficiente alfa de Cronbach de 0,71, mostrando-se confiável para a avaliação cognitiva de idosos.

O escore total do MEEM varia de 0 a 30 pontos. O ponto de corte para declínio cognitivo utilizado neste estudo foi o estabelecido por Bertolucci e colaboradores (1994): 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa e média escolaridade e 26 pontos para alta escolaridade. Nesta pesquisa, o MEEM também foi utilizado para estabelecer a necessidade de cuidador durante a entrevista para auxílio nos questionamentos aos idosos, quando a pontuação era inferior a 13, ponto de corte para declínio cognitivo em analfabetos

(BERTOLUCCI *et al.*, 1994), auxiliando assim, na confirmação da veracidade de dados questionados. A comunicação, por sua vez, foi avaliada através das questões de 6 a 11. Para avaliá-la, a pontuação varia de 0 a 9 pontos, assim, quanto maior a pontuação, melhor a comunicação. Cumpre ressaltar que as questões incluem itens de repetição de frase e cumprimentos de ordem que dependem da audição do idoso, além de escrita e desenho.

4.4.1.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

A Escala de Depressão Geriátrica, versão brasileira reduzida (GDS-15) (ANEXO B), foi utilizada para avaliar os sintomas depressivos na avaliação do humor dos idosos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Esta escala é composta por 15 perguntas com respostas dicotômicas "sim ou não". A pontuação total varia de 0 a 15 pontos, sendo considerados os pontos de corte: de 0 a 5 normal (ausência de sintomas depressivos), de 6 a 10 depressão leve (sintomas depressivos leves) e de 11 a 15 depressão grave (sintomas depressivos severos) (BRASIL, 2006d).

4.4.1.4 Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody

O Índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody foram utilizados para avaliar a capacidade funcional dos idosos.

O Índice de Barthel foi validado por Minosso e colaboradores (2010) para uso no Brasil, com consistência interna, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach de 0,90. Este instrumento avalia a capacidade funcional em dez itens de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e locomoção em escadas. A pontuação total do instrumento varia de 0 a 100: inferior a 20 é considerado dependente total; de 20 a 35, dependente elevado; de 40 a 55, dependente moderado; de 60 a 99, dependente mínimo e 100, independente (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO *et al.*, 2010).

A Escala de Lawton e Brody (ANEXO E) possui reconhecimento em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) para avaliação funcional da pessoa idosa na Atenção Básica. Essa escala foi construída por Lawton e Brody (1969) e adaptada e validada para realidade brasileira por Santos e Virtuoso Júnior (2008). Entretanto, a versão adaptada não possui todos os testes de validação e foi realizada com apenas 16 mulheres (SANTOS;

VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Assim, optou-se por usar a versão que consta no Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006d), amplamente utilizada na prática clínica. Referida escala possui nove itens de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade, quais sejam: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o meio de transporte, tomar remédios, cuidar do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é 27 pontos, sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos (“Sem ajuda” – três pontos; “Com ajuda parcial” – dois pontos; “Não consegue” – um ponto), quanto maior for a soma do escore total, indica que maior é a independência do idoso (BRASIL, 2006d). O autor da escala original e a versão que consta no material do Ministério da Saúde não propõem um ponto de corte, assim, devido à distribuição encontrada no presente estudo ser assimétrica, foi utilizada a mediana de 12.

4.4.1.5 *Teste Timed Up and Go*

O Teste *Timed Up and Go* (TUG) foi desenvolvido por Podsiadlo e Richardson (1991) para avaliar a mobilidade e consiste em levantar-se de uma cadeira, caminhar três metros e retornar à posição inicial, usando como parâmetro de avaliação o tempo cronometrado. Esse instrumento foi validado por Dutra, Cabral e Carvalho (2016) para uso no Brasil, que encontraram ICC superior a 0,992, demonstrando ser confiável e reprodutível.

Neste estudo foi utilizado o TUG para a avaliação da mobilidade, aplicado de acordo com o preconizado pelos autores do instrumento original (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991). Para tanto, foi solicitado que o idoso se sentasse em uma cadeira com braços, de onde deveria levantar-se após a ordem “pode iniciar”, caminhasse para frente até uma marca no piso, girasse de volta e caminhasse até sentar-se na mesma cadeira. Os idosos receberam as instruções, antes de iniciar o teste, de como desempenhá-lo, sendo orientados a manterem sua velocidade e seus passos habituais. O cronômetro era ligado apenas após a ordem “pode iniciar”. Os valores de tempo menores que 10 segundos sugerem indivíduos totalmente independentes; entre 10 e 19 segundos representa independência para transferências básicas, com capacidade de sair de casa e subir escadas sozinho, por exemplo; entre 20 e 29 segundos demonstra moderada dificuldade para as tarefas da vida diária e 30 ou mais segundos tendem a ser muito mais dependentes para transferências (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991). Considerando-se a amostra específica do estudo, que possui limitações de locomoção (critério

de inclusão na AD1), foi utilizado apenas um ponto de corte: menor de 20 segundos e igual ou maior a 20 segundos.

4.5 Análise dos dados

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

Na análise descritiva, foram calculados média, desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica para as variáveis quantitativas, e as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. As variáveis descritas por frequências absolutas e relativas foram associadas através do teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados. Para avaliar os fatores associados à funcionalidade global no Artigo 1 e à autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida no Artigo 2, as análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson foram aplicadas. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,10$ no Artigo 1 e $p < 0,20$ no Artigo 2 na análise bivariada. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos 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). Nas entrevistas, foi aplicado o TCLE aos idosos (APÊNDICE B), lido e assinado em duas vias, sendo destinada uma via para os pesquisadores e a outra para os participantes do estudo. Esta pesquisa visa assegurar o anonimato dos participantes, a liberdade de participação e o caráter voluntário.

Nos casos em que foram encontradas alterações significativas nas medidas dos instrumentos, as pesquisadoras responsáveis pelo estudo levaram a informação para a equipe de referência do serviço, para que fossem realizados os devidos encaminhamentos.

O projeto maior foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) sob o nº 35388 e pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) sob o nº 2.740.678 (ANEXO F) e da Secretaria

Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMSPA) sob o nº 2.900.696 (ANEXO G). Foi assinado também pela equipe de pesquisa um Termo de Compromisso de Utilização de Dados do HCPA (ANEXO H) e a professora pesquisadora coordenadora do projeto maior assinou o Termo de Compromisso de Utilização de Dados da SMSPA (ANEXO I). Os materiais de coleta serão guardados pelos pesquisadores por cinco anos, após esse período, serão destruídos.

5 ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os resultados e discussão deste estudo estão apresentados no formato alternativo de artigo científico, nos subitens abaixo. O artigo científico 1 “Funcionalidade global e fatores associados em idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária no Sul do Brasil”, que será submetido ao periódico científico *Geriatrics & Gerontology International*, e o artigo científico 2 “Autoavaliação de saúde e satisfação com a vida de idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar”, que será submetido ao periódico científico *Revista Brasileira de Enfermagem*. Ambos os artigos foram construídos de acordo com as normas do periódico a que serão submetidos.

5.1 Artigo científico 1

FUNCIONALIDADE GLOBAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUL DO BRASIL

Resumo

Objetivo: A Atenção Domiciliar da Atenção Primária à Saúde (AD-APS) é uma estratégia de prevenção de agravos, reabilitação e suporte ao idoso e à família. Este estudo teve objetivo de analisar a associação da funcionalidade global com os principais sistemas funcionais e variáveis sociodemográficas de idosos vinculados à AD-APS.

Métodos: Estudo transversal com 124 idosos (≥ 60 anos) vinculados à AD-APS de um Distrito Sanitário de um município no Sul do Brasil. A funcionalidade global foi avaliada pelas escalas de Barthel e Lawton e Brody; os principais sistemas funcionais foram avaliados pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM), pelo *Teste Timed Up and Go* (TUG) e pela Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens. Foi aplicado questionário para coleta de dados sociodemográficos. Foram utilizadas análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson e considerado nível de significância de 5%.

Resultados: O maior percentual da amostra, 41,9%, possuía dependência mínima para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e maior dependência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mediana de 12. Na análise multivariada houve associação entre dependência moderada/elevada/total nas ABVD com declínio cognitivo ($p=0,021$) e acamado/cadeirante ($p=0,014$). Enquanto na maior dependência nas AIVD houve associação com idade ≥ 80 anos ($p=0,006$), estado conjugal

solteiro/divorciado ($p=0,013$), declínio cognitivo ($p=0,001$), acamado/cadeirante ($p=0,020$) e TUG \geq 20 (0,048).

Conclusão: Observou-se que o declínio na cognição e na mobilidade esteve associado com pior funcionalidade nas ABVD e AIVD. As associações encontradas são importantes norteadoras de ações de saúde, além de ressaltarem a importância da AD-APS no cuidado da pessoa idosa.

Descritores: Saúde do Idoso, Atividades Cotidianas, Envelhecimento, Enfermagem Geriátrica, Pacientes Domiciliares, Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Em âmbito mundial, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, trazendo impactos para a Saúde Pública. Em 2030, espera-se alcançar 1,4 bilhão de idosos (≥ 60 anos) no mundo, chegando a 2,1 bilhões em 2050.¹ No Brasil, em 2030 estima-se alcançar 42,1 milhões de idosos, devendo chegar a 66,2 milhões em 2050.²

A Atenção Domiciliar (AD) pode servir como uma estratégia de atenção à saúde diante do cenário de rápido envelhecimento populacional e consequentes mudanças de perfil epidemiológico, com aumento de doenças crônicas e repercussões na funcionalidade dos indivíduos. No Brasil, desde 2011, a AD está prevista nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. A modalidade de menor complexidade é de responsabilidade da Atenção Primária a Saúde (APS), enquanto que outras duas modalidades, as quais preveem cuidados de maior complexidade e frequência, são de

responsabilidade de serviços especializados denominados Serviço Atenção Domiciliar (SAD).²

A modalidade de Atenção Domiciliar de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (AD-APS), ainda é insuficientemente estruturada quanto à sistematização do cuidado prestado, além de pouco mencionada em divulgações e publicações científicas, quando comparada às modalidades de responsabilidade do SAD. Entretanto, a AD-APS possui importante potencial para evitar agravamentos e complicações de saúde através da assistência no domicílio de indivíduos que possuam dificuldade para se deslocar até um serviço de saúde.³ Embora 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 envelhecida.

Os idosos inseridos na AD-APS possuem algum comprometimento de saúde e/ou limitação da capacidade funcional. Nesse sentido, a avaliação da funcionalidade global e fatores associados torna-se essencial para a identificação de alterações, implementação de intervenções, bem como para o estabelecimento de prioridades e de metas terapêuticas individualizadas.⁴

A funcionalidade global é um conceito abrangente que compreende a capacidade do indivíduo de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo, sendo, pois, a base do conceito de saúde do idoso. O declínio funcional acarreta a perda da autonomia e/ou da independência da pessoa idosa, as quais estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos quatro principais sistemas funcionais: a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação. Assim, a funcionalidade global é ancorada por esses sistemas funcionais, sendo avaliada através da capacidade funcional de desempenhar as atividades de vida diária.⁴

Estudos com idosos em geral identificaram características sociodemográficas, morbidades, cognição e suporte social associados à capacidade funcional,^{5,6} evidenciando uma complexa rede de fatores multidimensionais relacionada à funcionalidade. Entretanto, tal relação ainda não está clara na literatura quando se trata de idosos em contexto específico de acompanhamento da AD-APS. Esse conhecimento é importante, pois viabiliza o planejamento e implementação de intervenções específicas que contribuam para prevenir agravos, postergar ou reabilitar incapacidades detectadas, além de subsidiar a gestão do cuidado.

Ademais, a avaliação da funcionalidade global, que integra a avaliação multidimensional da pessoa idosa, pode ser utilizada para extrair indicadores de saúde e traçar planos de cuidados de idosos acompanhados pela AD-APS. Nesse contexto, a equipe de saúde da APS possui um papel de extrema relevância na avaliação de saúde da população idosa vulnerável e/ou frágil, e prestação de cuidado integral e longitudinal. A AD-APS proporciona que os profissionais de saúde desempenhem intervenções com a pessoa idosa em prol da manutenção pelo maior tempo possível de sua funcionalidade, além de ampliar o seu acesso à saúde. O presente estudo contribui para a discussão de novas práticas e políticas de saúde direcionadas ao cuidado da pessoa idosa, vinculada a AD-APS. Diante do exposto, objetivou-se analisar a associação da funcionalidade global com os principais sistemas funcionais e variáveis sociodemográficas de idosos vinculados à AD-APS.

Métodos

Tipo de estudo, participantes e coleta de dados

Estudo transversal analítico com 124 idosos vinculados à AD-APS de um DS de um município no Sul do Brasil. Esse município possui 17 DS, e o escolhido para o

estudo destaca-se pelo elevado número de idosos, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos do mesmo.⁷

Os critérios de inclusão utilizados foram: pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, vinculados à AD1 do DS Centro do município de Porto Alegre, composto por três serviços de APS. Enquanto os critérios de exclusão foram: idosos não localizados após três tentativas de contato telefônico, em turnos e dias diferentes, e que não estavam no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar (VD); idosos sem capacidade de comunicação verbal ou escrita; idosos com diagnóstico médico prévio de demência avançada (informado pelo cuidador principal formal/informal ou profissional da equipe); e idosos institucionalizados.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.65. Com base no estudo de Paskulin e colaboradores (2017),⁸ considerando um nível de significância de 5%, poder estatístico de 80%, proporção de maior dependência funcional estimada em 40% e uma razão de prevalência mínima de 1,7 para estimar fatores associados aos instrumentos que avaliam a capacidade funcional, foram necessários, no mínimo, 112 idosos. No entanto, optou-se por incluir a totalidade da população idosa vinculada à AD1 dos três serviços, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão (n=124).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2018 até abril de 2019 por meio de entrevistas estruturadas conduzidas por enfermeiras e discentes da graduação de Enfermagem, capacitados previamente. Inicialmente foi realizada a identificação dos usuários vinculados à AD-APS do DS em estudo através das listas fornecidas por enfermeiros e por agentes comunitários de saúde de cada serviço, nas quais continha nome completo, endereço e telefone. Para aqueles indivíduos que

preencheram os critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio e uma tentativa de visita domiciliar, caso não fosse possível o contato telefônico.

O consentimento informado por escrito foi fornecido por todos os participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 2.740.678) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (nº 2.900.696).

Variáveis e instrumentos utilizados

Dados sociodemográficos

Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos construído pelas pesquisadoras deste estudo, com as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, moradia só ou com acompanhante, presença ou não de cuidador, morbidades e tempo de acompanhamento na AD1. Esses dados foram autorreferidos.

Funcionalidade global

A funcionalidade global foi mensurada neste estudo pela capacidade funcional em desempenhar atividades básicas e instrumentais de vida diária pelo Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e Brody, respectivamente.

O Índice de Barthel foi validado por Minosso e colaboradores (2010)⁹ para uso no Brasil. Essa escala avalia a funcionalidade em dez atividades básicas de vida diária (ABVD): alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. A pontuação total do instrumento varia de 0 a 100. É considerado dependente

total aquele que obtiver pontuações inferiores a 20; de 20 a 35, dependente elevado; de 40 a 55, dependente moderado; de 60 a 99, dependente mínimo e 100, independente.⁹

A Escala de Lawton e Brody possui reconhecimento em documento do Ministério da Saúde do Brasil¹⁰ para uso na avaliação funcional da pessoa idosa na Atenção Básica. Essa escala possui nove itens referentes a atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o meio de transporte, tomar remédios, cuidar do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é 27 pontos, sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos (“Sem ajuda”= três pontos; “Com ajuda parcial”= dois pontos; “Não consegue”= um ponto), assim, quanto maior for a soma do escore total, maior é a independência do idoso.¹⁰ O autor da escala original e a versão que consta no material do Ministério da Saúde não propõem um ponto de corte. Em vista disso e devido à distribuição encontrada no presente estudo ser assimétrica foi utilizada a mediana de 12.

Principais sistemas funcionais (cognição, comunicação, mobilidade e humor)

Cognição

O Mini Exame de Estado Mental (MEEM) é um teste de rastreio de declínio cognitivo, que visa avaliar a cognição dos idosos. Foi utilizada neste estudo a versão adaptada para uso no Brasil por Bertolucci e colaboradores (1994),¹¹ na qual o escore total varia de 0 a 30 pontos, e o ponto de corte estabelecido para declínio cognitivo é de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade.

Comunicação

Para avaliar a comunicação foram utilizadas as questões de 6 a 11 do MEEM, as quais incluem itens de repetição de frase e cumprimentos de ordem que dependem da

audição do idoso, além de escrita e desenho. A pontuação dessas questões varia de 0 a 9 pontos, quanto maior a pontuação, melhor a comunicação. As questões que avaliaram a comunicação não foram incluídas na análise multivariada por serem também questões da escala da cognição, havendo correlação forte entre essas variáveis.

Humor

A Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida, foi utilizada para avaliar os sintomas depressivos na avaliação do humor dos idosos.¹² A escala é composta por 15 perguntas com respostas dicotômicas "sim ou não". A pontuação total varia de 0 a 15 pontos, sendo considerados os pontos de corte: entre 0 a 5 normal (ausência de sintomas depressivos), entre 6 a 10 depressão leve (sintomas depressivos leves) e entre 11 a 15 depressão grave (sintomas depressivos severos).¹⁰

Mobilidade

O Teste *Timed Up and Go* (TUG) foi utilizado a sua versão brasileira para a avaliação da mobilidade.¹³ Tendo em vista que este estudo é composto por amostra que possui limitações de locomoção (critério de inclusão na AD1), foi utilizado apenas um ponto de corte, menor que 20 segundos indicando boa mobilidade e igual ou maior a 20 segundos alteração da mobilidade.

Análise estatística

Os dados foram duplamente digitados em planilha do programa Excel[®], 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, calcularam-se média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartílica para as variáveis quantitativas, e as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Para avaliar os fatores associados à funcionalidade

global, aplicaram-se análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,10$ na análise bivariada. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Houve predominância do sexo feminino (75,8%), com idade igual ou superior a 80 anos (67,7%), com média de idade de 82,8 anos ($\pm 9,2$). Quanto ao tempo de acompanhamento na AD-APS, 44 (35,5%) idosos eram acompanhados de 1 a 3 anos. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e tempo de acompanhamento na AD-APS da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e tempo de acompanhamento na AD-APS, Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variáveis	n=124 (%)
Sexo [†]	
Feminino	94 (75,8)
Faixa etária [†]	
60 – 69	15 (12,1)
70 – 79	25 (20,2)
80 – 89	54 (43,5)
90 – 99	30 (24,2)
Estado conjugal [†]	
Casado	33 (26,6)
Solteiro/Divorciado	32 (25,8)
Viúvo	59 (47,6)
Nível de escolaridade [†]	
0 – 4 anos	56 (45,2)
5 – 8 anos	37 (29,8)
> 8 anos	31 (25,0)
Renda familiar [†]	
Até 2 s.m.	43 (34,7)
3-5 s.m.	58 (46,8)
> 5 s.m.	23 (18,5)
Fonte de renda ^{†‡}	
Aposentadoria	99 (79,8)
Benefício Previdenciário	36 (29,0)
Ajuda da família	27 (21,8)

Tempo de acompanhamento na atenção domiciliar [†]	
<1 ano	20 (16,1)
≥1 a 3 anos	44 (35,5)
≥3 a 5 anos	31 (25,0)
≥5 anos	29 (23,4)

[†]variáveis categóricas (%).

[‡]s.m.= salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

A maior parte dos idosos, 77 (62,1%), possuía cuidador e 104 (83,9%) residiam acompanhados. A mediana de morbididades encontrada foi de 3 (2-4).

Em relação à funcionalidade global, de acordo com os dados apresentados na Tabela 2, apenas 15 (12,1%) eram independentes para as ABVD e 52 (41,9%) possuíam dependência mínima nas ABVD. Enquanto que nas AIVD, a mediana encontrada foi de 12. Quanto aos principais sistemas funcionais, 61 (49,2%) idosos possuíam declínio cognitivo, apresentaram média de 7,1 na comunicação, próximo ao limite superior avaliado, 63 (50,8%) não possuíam sintomas depressivos, 49 (39,5%) eram acamados/cadeirantes e, dos que deambulavam (n=75), mais da metade (64%) apresentaram TUG ≥20 segundos.

Tabela 2 – Funcionalidade global e os principais sistemas funcionais – cognição, comunicação, humor e mobilidade, Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variáveis	n=124 (%)
ABVD - Barthel [†]	
Independente	15 (12,1)
Dependência mínima	52 (41,9)
Dependência moderada	15 (12,1)
Dependência elevada	19 (15,3)
Dependência total	23 (18,5)
AIVD - Lawton e Brody [‡]	12 (10 - 21)
COGNIÇÃO – declínio cognitivo [†]	
Sem	63 (50,8)
Com	61 (49,2)
COMUNICAÇÃO [‡]	7,1 ± 2,0
HUMOR – sintomas depressivos [†]	
Sem	63 (50,8)
Leves	47 (37,9)
Severos	14 (11,3)
MOBILIDADE [†]	
TUG < 20 segundos (n=27)	27 (21,8)
TUG ≥ 20 segundos (n=48)	48 (38,7)

Acamado/cadeirante

49 (39,5)

†variáveis categóricas (%).

‡variáveis contínuas (média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartilico (P25-P75)).

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada de fatores associados à dependência moderada/elevada/total nas ABVD e com pontuação inferior a 12 nas AIVD.

Tabela 3 – Análise bivariada de fatores associados com alteração da funcionalidade global, Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variáveis (n=124)	ABVD			AIVD		
	Dependência [†] n=57 (%) [§]	RP (IC 95%)	P	<12 [‡] n=64(%) [§]	RP (IC 95%)	P
Sexo						
Masculino (n=30)	12 (40,0)	1,00		12 (40,0)	1,00	
Feminino (n=94)	45 (47,9)	1,20 (0,74 a 1,95)	0,469	52 (55,3)	1,38 (0,86 a 2,22)	0,180
Faixa etária						
< 80 anos (n=40)	14 (35,0)	1,00		13 (32,5)	1,00	
≥ 80 anos (n=84)	43 (51,2)	1,46 (0,91 a 2,34)	0,114	51 (60,7)	1,87 (1,16 a 3,02)	0,010
Escolaridade						
0 a 4 anos (n=56)	27 (48,2)	0,83 (0,55 a 1,24)	0,367	33 (58,9)	1,02 (0,70 a 1,47)	0,938
5 a 8 anos (n=37)	12 (32,4)	0,56 (0,32 a 0,97)	0,039	13 (35,1)	0,61 (0,36 a 1,03)	0,063
> 8 anos (n=31)	18 (58,1)	1,00		18 (58,1)	1,00	
Mora sozinho						
Sim (n=20)	2 (10,0)	0,19 (0,05 a 0,71)	0,014	2 (10,0)	0,17 (0,05 a 0,63)	0,008
Não (n=104)	55 (52,9)	1,00		62 (59,6)	1,00	
Estado conjugal						
Casado (n=33)	12 (36,4)	1,00		13 (39,4)	1,00	
Solteiro/Divorciado (n=32)	14 (43,8)	1,20 (0,66 a 2,19)	0,545	15 (46,9)	1,19 (0,68 a 2,09)	0,544
Viúvo (n=59)	31 (52,5)	1,45 (0,87 a 2,41)	0,159	36 (61,0)	1,55 (0,97 a 2,48)	0,068
Renda familiar						
1 a 2 s.m. (n=43)	16 (37,2)	0,54 (0,33 a 0,86)	0,010	18 (41,9)	0,54 (0,35 a 0,81)	0,003
3 a 5 s.m. (n=58)	25 (43,1)	0,62 (0,42 a 0,93)	0,019	28 (48,3)	0,62 (0,44 a 0,87)	0,006
> 5 s.m. (n=23)	16 (69,6)	1,00		18 (70,3)	1,00	
Declínio cognitivo						
Sem (n=63)	16 (25,4)	1,00		15 (23,8)	1,00	

Com (n=61)	41 (67,2)	2,65 (1,67 a 4,18)	<0,001	49 (80,3)	3,37 (2,13 a 5,34)	<0,001
Comunicação	-	0,84 (0,79 a 0,90)	<0,001	-	0,82 (0,78 a 0,87)	<0,001
Sintomas depressivos						
Sem (n=63)	22 (34,9)	1,00		24 (38,1)	1,00	
Leves (n=47)	26 (55,3)	1,58 (1,04 a 2,42)	0,033	27 (57,4)	1,51 (1,01 a 2,25)	0,044
Severos (n=14)	9 (64,3)	1,84 (1,10 a 3,08)	0,020	13 (92,9)	2,44 (1,72 a 3,45)	<0,001
Mobilidade						
<20 s (n=27)	1 (3,7)	1,00		1 (3,7)	1,00	
≥ 20 s (n=48)	18 (37,5)	10,1 (1,43 a 71,7)	0,020	24 (50,0)	13,5 (1,93 a 94,3)	0,009
Acamado/cadeirante (n=49)	38 (77,6)	20,9 (3,04 a 144)	0,002	39 (79,6)	21,5 (3,12 a 147)	0,002

†dependência moderada, elevada e total no Índice de Barthel.

‡pontuação menor que 12 na escala de Lawton e Brody.

§porcentagem referente à amostra total (n=124).

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados da análise multivariada de fatores associados com alteração da funcionalidade global. Foi consolidada a associação estatisticamente significativa de dependência moderada/elevada/total nas ABVD com declínio cognitivo ($p=0,021$) e restrição total de mobilidade (acamados e cadeirantes) ($p=0,014$). Enquanto que nas AIVD, manteve-se a associação da pontuação inferior a 12 com faixa etária maior ou igual a 80 anos ($p=0,006$), estado conjugal solteiro/divorciado ($p=0,013$), presença de declínio cognitivo ($p<0,001$), mobilidade acima de 20 segundos no TUG ($p=0,048$) e acamado/cadeirante ($p=0,020$).

Tabela 4 – Análise multivariada de fatores associados com alteração da funcionalidade global, Porto Alegre, RS, Brasil, 2020

Variáveis	ABVD [†]		AIVD [‡]	
	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P
Faixa etária				
< 80 anos (n=40)	-	-	1,00	
≥ 80 anos (n=84)	-	-	1,58 (1,14 a 2,18)	0,006
Escolaridade				
0 a 4 anos (n=56)	0,88	0,498	1,02	0,903

	(0,59 a 1,29)		(0,74 a 1,41)	
5 a 8 anos (n=37)	0,72 (0,45 a 1,17)	0,190	0,74 (0,51 a 1,07)	0,112
> 8 anos (n=31)	1,00		1,00	
Mora sozinho				
Sim (n=20)	0,40 (0,15 a 1,06)	0,066	0,38 (0,13 a 1,12)	0,078
Não (n=104)	1,00		1,00	
Estado conjugal				
Casado (n=33)	-	-	1,00	
Solteiro/Divorciado (n=32)	-	-	1,58 (1,10 a 2,26)	0,013
Viúvo (n=59)	-	-	1,31 (0,90 a 1,90)	0,157
Renda familiar				
1 a 2 s.m. (n=43)	0,78 (0,53 a 1,15)	0,209	0,73 (0,53 a 1,01)	0,060
3 a 5 s.m. (n=58)	0,76 (0,54 a 1,08)	0,125	0,88 (0,67 a 1,15)	0,336
> 5 s.m. (n=23)	1,00		1,00	
Declínio cognitivo				
Sem (n=63)	1,00		1,00	
Com (n=61)	1,66 (1,08 a 2,54)	0,021	2,23 (1,54 a 3,23)	<0,001
Sintomas depressivos				
Sem (n=63)	1,00		1,00	
Leves (n=47)	1,41 (0,95 a 2,09)	0,089	1,26 (0,91 a 1,75)	0,160
Severos (n=14)	1,04 (0,70 a 1,56)	0,833	1,25 (0,96 a 1,63)	0,093
Mobilidade				
< 20 s (n=27)	1,00		1,00	
≥ 20 s (n=48)	6,10 (0,87 a 42,7)	0,069	6,77 (1,01 a 45,3)	0,048
Acamado/cadeira (n=49)	11,5 (1,66 a 80,5)	0,014	9,56 (1,43 a 64,2)	0,020

†dependência moderada, elevada e total no Índice de Barthel.

‡pontuação menor que 12 na escala de Lawton e Brody.

Discussão

O presente estudo traz resultados importantes por se referirem a uma população específica e pouco explorada, a qual recebe AD-APS. Foram observadas associações entre dependência moderada/elevada/total nas ABVD com declínio cognitivo e restrição de mobilidade nos idosos em acompanhamento da AD-APS. Por não ser possível determinar o fator causal, é importante que os profissionais da APS considerem esses aspectos na avaliação da pessoa idosa, de modo a prevenir tais declínios, e estimular seu

desempenho. O estudo mostrou também associação entre maior dependência nas AIVD com idade ≥ 80 anos, estado conjugal solteiro/divorciado, declínio cognitivo, restrição de mobilidade e TUG ≥ 20 segundos.

A maior parte da amostra era do sexo feminino, semelhante a outros estudos com idosos em cuidado domiciliar, ressaltando o já conhecido fenômeno de feminização da velhice.^{8,14} Referente a idade, mais da metade da amostra possuía idade igual ou maior a 80 anos, sendo superior à faixa etária encontrada em idosos em cuidado domiciliar de comunidades de baixo nível econômico do mesmo município, o que representa repercussões da desigualdade socioeconômica brasileira.¹⁴

Observou-se que um considerável percentual da amostra (35,5%) estava em acompanhamento de 1 a 3 anos pela AD-APS. Infere-se que o tempo de acompanhamento maior traz benefícios para a manutenção da funcionalidade dos indivíduos idosos. Estudo sobre as perspectivas da Medicina e cuidados em saúde do Japão, o líder das sociedades envelhecidas, ressalta a crescente necessidade de atenção domiciliar com ênfase na qualidade de vida dos idosos e, para se alcançar esse propósito, é necessário intervir na sua funcionalidade.¹⁵

A maior parte dos idosos, 62,1%, possuía cuidador, 83,9% residia acompanhado, com mediana de três morbidades. A necessidade de possuir um cuidador e residir acompanhado com o avançar da idade pode estar associada a fatores sociais, culturais e clínicos, sendo imprescindível fortalecer a rede de apoio formal e informal, a fim de garantir o cuidado domiciliar aos idosos com limitações funcionais.¹⁶

Quanto à funcionalidade global, mais de um terço da amostra possuía dependência mínima para as ABVD e maior dependência para as AIVD, perfil este esperado para o acompanhamento AD-APS, embora não se soubesse o percentual

desses dados referente a essa população específica.³ Esse achado está em consonância com o processo de envelhecimento natural, no qual o indivíduo reduz primeiro sua capacidade para as atividades mais complexas, aumentando gradativamente a necessidade de suporte familiar e social nas demais.^{6,17} Nesse sentido, a AD-APS tem potencial de facilitar o acesso a saúde, auxiliando a pessoa idosa e seus familiares/cuidadores na gestão de cuidados, fortalecendo, assim, a rede de apoio. As intervenções prestadas devem ser direcionadas para prevenção de agravos, tratamento, palição e reabilitação, avaliando o contexto socioeconômico de cada indivíduo.³

Em relação ao sistema funcional cognição, o percentual de declínio cognitivo mostrou-se maior que o encontrado em estudo com idosos comunitários de sete cidades brasileiras, em que apenas 24,8% possuíam declínio cognitivo,¹⁸ o que evidencia limitações específicas presentes em idosos que recebem AD. Ademais, o declínio cognitivo é um fator que pode influenciar na determinação de fragilidade de pessoas idosas.¹⁹

A comunicação é fundamental na interação social e na qualidade de vida.²⁰ A esse respeito, quanto ao sistema funcional comunicação, a média foi próxima ao limite superior avaliado, demonstrando que a amostra possuía uma boa comunicação por meio de linguagem, escrita, desenho e audição. Estudo qualitativo sobre a percepção do idoso quanto à comunicação no processo de envelhecimento encontrou como a principal dificuldade referida a adaptação frente às Novas Tecnologias de Informação.²¹ Assim, destaca-se a necessidade de envolver os idosos que possuem limitação de sair de seus domicílios com as novas ferramentas e recursos tecnológicos de saúde, atentando para suas dificuldades quanto às tecnologias utilizadas. Como exemplo, cita-se a inclusão e

orientação para o uso de aplicativos para lembrar de tomar água, de jogos para memória, de *yoga*, grupos de *WhatsApp*, inclusive para o uso da robótica na assistência ao idoso.

Referente ao sistema funcional humor, aproximadamente metade da amostra possuía sintomas depressivos leves ou severos, o que indica a necessidade de abordagens de escuta ativa, com foco psicossocial para esses indivíduos. Esta proporção de idosos com sintomas depressivos foi superior à encontrada em outros estudos nacionais com idosos da comunidade que também utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida.^{22,23} Este achado pode estar relacionado à limitação para sair do domicílio que é uma característica frequente em usuários da AD-APS. A presença de sintomas depressivos pode repercutir em desinteresse e abandono de atividades, o que requer muita atenção dos profissionais de saúde, para não ser negligenciado como manifestações naturais do envelhecimento.⁴ Isto posto, ressalta-se a importância da sistematização do cuidado, sendo aplicado instrumentos para mensurar e identificar precocemente os sintomas depressivos, afim de se estabelecer planos de cuidado individualizados que envolvam a rede de apoio.

A mobilidade foi o sistema funcional em que a amostra apresentou grande limitação, pois mais de um terço era acamado/cadeirante, e dos que tinham capacidade para deambular, mais da metade apresentou tempo igual ou superior a 20 segundos no TUG. Dificuldades na mobilidade, como demonstradas no presente estudo no tempo maior para o desempenho do TUG, são alerta para ações preventivas, sobretudo porque aumentam a propensão de quedas.¹³ É possível que essa alteração da mobilidade e suas repercussões na participação social possam estar relacionadas com os sintomas depressivos presentes em quase metade da amostra. Assim, é importante que os profissionais de saúde fortaleçam a rede de apoio a pessoa idosa na APS, estabelecendo

intervenções preventivas de complicação de mobilidade e que estabeleçam segurança para aqueles que já apresentam marcha mais lenta, como orientações de cuidados e avaliação do ambiente.

Em relação aos fatores associados à funcionalidade global, as características sociodemográficas não apresentaram associação estatisticamente significativa na análise multivariada com dependência moderada/elevada/total nas ABVD, diferindo de outros estudos com idosos em geral.^{5,6} Entretanto, com pontuação inferior a 12 nas AIVD, foi encontrada associação significativa com a faixa etária igual ou superior a 80 anos ($p=0,006$) e o estado conjugal de solteiro/divorciado ($p=0,013$), indicando que, com o avançar da idade, perde-se antes a capacidade de desempenho de atividades mais complexas. Este achado corrobora o estudo de Silva e colaboradores (2018),²⁴ no qual os indivíduos com idade superior a 80 anos e que vivem sem companheiro(a) apresentaram, aproximadamente, o triplo de chances de possuir níveis mais elevados de dependência funcional.

Ademais, na análise multivariada foi consolidada a associação significativa de maior dependência funcional nas ABVD e AIVD com os sistemas funcionais cognição e mobilidade. Esse achado pode estar relacionado as doenças neurodegenerativas e sua maior prevalência em idades mais avançadas. O declínio cognitivo apresentou associação semelhante a outros estudos com idosos em geral que utilizaram o MEEM.^{5,22} Estudo realizado em quatro locais do Canadá e da América Latina ressalta a necessidade de intervenções voltadas ao desempenho cognitivo e físico de idosos, para prevenção de incapacidades.²⁵ Os idosos com declínio cognitivo apresentaram, no presente estudo, cerca de 1,7 vezes a probabilidade de quem não tem declínio cognitivo de ter dependência moderada/elevada/total nas ABVD, e 2,2 vezes de apresentar maior

dependência nas AIVD, evidenciando a grande interferência da cognição no desempenho das atividades. A razão de prevalência foi maior nas atividades mais complexas, pois para realizá-las há uma exigência de maior capacidade cognitiva do que para desempenhar as atividades básicas.^{6,25}

Quanto à alteração da mobilidade, ser acamado/cadeirante apresentou associação estatisticamente significativa com maior dependência nas ABVD e AIVD. Embora tal associação fosse esperada, optou-se por manter a totalidade da amostra na análise, pelo interesse em saber como ela se daria. A associação encontrada ressalta a necessidade de plano de cuidados individualizado direcionado para as implicações de alteração ou restrição de mobilidade no desempenho das atividades de vida diária, visando ações reabilitadoras e/ou preventivas de complicações, como lesões por pressões e síndrome de imobilidade.⁴

Ademais, tempo maior ou igual a 20 segundos no TUG apresentou associação com maior dependência nas AIVD ($p=0,048$), destacando que as atividades mais complexas, fundamentais para manter uma vida independente na comunidade, podem requerer melhor desempenho dos principais sistemas funcionais. A velocidade da marcha é, claramente, um importante fator na dificuldade de desempenho das AIVD.²⁶ A orientação de cuidados para a família da pessoa idosa é primordial, para que respeitem o tempo de deslocamentos, retire tapetes da casa, instale barras de apoio, use calçado fechado e mantenham ambientes iluminados.

A comunicação na análise bivariada apresentou que para cada um ponto a mais na sua avaliação diminui em 16% o risco de dependência moderada/elevada/total nas ABVD e 18% de maior dependência nas AIVD. Esse achado reforça a importância de os profissionais de saúde implementarem ações direcionadas a comunicação de estímulo

e prevenção, abrangendo visão, audição e fala, pois, alterações na comunicação podem trazer implicações na qualidade de vida e na saúde do indivíduo idoso, na medida em que interferem na sua funcionalidade.²⁰

Já o sistema funcional humor não apresentou na análise multivariada associação significativa com maior dependência, diferindo de outros estudos com amostras maiores de idosos em geral da comunidade.^{27,28} No entanto, na análise bivariada, houve associação com maior dependência, especialmente nas ABVD, indicando a possibilidade de manter tal associação quando controlada para fatores confundidores, caso a amostra fosse ampliada.

Este estudo apresenta como limitação o desenho transversal, impossibilitando inferências causais. Além disso, os resultados não podem ser generalizados, devido às características específicas de determinada região de um município, ao próprio tamanho amostral e por não incluir os idosos sem capacidade de comunicação e/ou demência avançada. No entanto, possibilitou conhecer a funcionalidade global e os fatores relacionados da amostra, servindo como norteadores para o planejamento e para as intervenções relacionadas à manutenção da funcionalidade. A avaliação da funcionalidade global da pessoa idosa em acompanhamento da AD-APS possibilita extrair indicadores de saúde a fim de aprimorar a assistência prestada, com propósito de promover bem-estar e prevenir agravos. Ademais, ampliará a visibilidade quanto ao potencial da AD-APS frente às novas demandas de saúde.

Conclui-se que a AD-APS possui papel de extrema importância para a manutenção da funcionalidade e para a promoção do bem-estar da pessoa idosa. Isso se deve ao fato de estar presente na gestão de cuidados, identificar necessidades

precocemente, fortalecer os vínculos e a rede de apoio formal e informal, ampliando, assim, o acesso a saúde.

Assim, esses achados são fatores que devem ser observados e abordados pela equipe multidisciplinar no domicílio, salientando a necessidade de sistematização e de ampliação da AD-APS. Sugerem-se novos estudos de intervenção avaliando a funcionalidade global de idosos acompanhados pela AD-APS como desfecho, de modo a ampliar a discussão, com o objetivo de agregar bem-estar à longevidade, fornecendo suporte e amparo aos idosos, aos familiares e/ou aos cuidadores.

Reference

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 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018 [cited 2020 Feb 11]. Projeções da população por sexo e idades. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
3. 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: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2020 Feb 11]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

4. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
5. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, *et al*. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26: 295-304.
6. Araújo GKN, Souto RQ, Alves FAP, *et al*. Functional capability and associated factors in the elderly living in the community. *Acta Paul Enferm* 2019; 32: 312-318.
7. Prefeitura Municipal de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2020 [cited 2020 Feb 11]. Dados demográficos IBGE 2010. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918.
8. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, *et al*. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm* 2017; 35: 210-220.
9. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm* 2010; 23: 218-223.
10. Ministério da Saúde (BR). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. 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.
12. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1999; 57(2B): 421-426. 15.

Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Tradução para o português e validação do teste *Timed Up and Go*. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol* 2016; 3: 81-88.

13. Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Tradução para o português e validação do teste *Timed Up and Go*. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol*. 2016;3(9):81-88.

14. Del Duca GF, Martinez AD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17: 1159-1165.

15. Arai H, Ouchi Y, Toba K, *et al.* Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 673-687.

16. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 1s-9s.

17. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21: 903-912.

18. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, *et al.* Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 778-792.

19. Araújo-Júnior FB, Machado ITJ, Santos-Orlandi AA, Pergola-Marconato AM, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability area. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24: 3047-3055.

20. Santiago LM, Graça CML, Rodrigues MCO, Santos GB. Characterization of the elderly health in a Speech and Language Therapy perspective. *Rev CEFAC* 2016; 18: 1088-1096.

21. Santos PA, Heidemann ITSB, Marçal CCB, Arakawa-Belaunde AM. The perception of the elderly about communication in the aging process. *Audiol Commun Res* 2019; 24: e2058.
22. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Rev Rene* 2016; 17: 103-111.
23. Tavares DMS, Gomes NC, Soares LAL, Marchiori GF. Factors associated with the functional independence of community-dwelling elderly individuals aged 80 or over. *Cogitare Enferm* 2019; 24: e61527.
24. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, *et al.* Family Health Strategy: relevance to the functional capacity of older people. *Rev Bras Enferm* 2018; 71: 740-746.
25. Dansereau A, Hunter SW, Gomez F, Guralnik JM, DePaul VG, Auais M. Global cognition predicts the incidence of poor physical performance among older adults: a cross-national study. *Geriatr Gerontol Int* 2020. doi: 10.1111/ggi.13864
26. Albert SM, Bear-Lehman J, Anderson SJ. Declines in mobility and changes in performance in the instrumental activities of daily living among mildly disabled community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015; 70: 71-77.
27. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PCS, Gomes NC, Santos-Tavares DM. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Invest Educ Enferm* 2017; 35: 48-58.
28. Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019; 22: e180163.

5.2 Artigo científico 2

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E SATISFAÇÃO COM A VIDA DE IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO DOMICILIAR

RESUMO

Objetivo: identificar características sociodemográficas de acordo com faixas etárias e analisar associação da autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida com características sociodemográficas, funcionalidade e quedas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica. **Método:** estudo transversal com 124 idosos, realizado através de entrevistas domiciliares. Utilizou-se questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde, Índice de Barthel, Escala de Lawton, Mini Exame do Estado Mental, Escala Depressão Geriátrica e Teste *Timed Up and Go*. Análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson foram aplicadas. **Resultados:** houve predomínio de octogenários do sexo feminino. Autoavaliação de saúde regular/ruim apresentou associação com sintomas depressivos leves ($p=0,002$) e severos ($p<0,001$), enquanto satisfação com a vida regular/ruim teve associação com medo de cair ($p=0,019$) e com sintomas depressivos leves ($p<0,001$) e severos ($p<0,001$). **Conclusão:** observou-se que sintomas depressivos estiveram associados com pior autoavaliação de saúde e satisfação com a vida.

Descritores: Satisfação Pessoal; Idoso; Enfermagem Geriátrica; Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O declínio funcional decorrente do avançar da idade e de doenças crônicas pode repercutir na necessidade de cuidados prolongados⁽¹⁾. Frente a isso, é preciso adequar a gestão de cuidados nos serviços de saúde, com o intuito de atender às novas demandas e permitir maior participação no autocuidado e bem-estar da pessoa idosa⁽²⁾.

O conceito de saúde do idoso está diretamente relacionado à sua funcionalidade e bem-estar⁽²⁾. No que tange ao bem-estar individual, a autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida são duas medidas subjetivas importantes. A autoavaliação do estado de saúde, também denominada de autopercepção de saúde, revela a compreensão do indivíduo sobre a sua própria saúde, podendo expressar na pessoa idosa perda da capacidade funcional⁽³⁻⁴⁾. A satisfação com a vida, por sua vez, integra em vários aspectos o bem-estar e é entendida como um sentimento individual em relação à sua vida, derivado de uma comparação do que tem com o que espera ter⁽⁵⁾.

Estudo canadense mostrou que os idosos que tiveram suas necessidades resolvidas pelo atendimento domiciliar relataram níveis mais altos de satisfação com a vida e níveis mais baixos de solidão e de estresse percebido⁽⁶⁾. No contexto brasileiro, a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1),

prevista nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), serve como uma estratégia de atenção à saúde, sendo o elo entre o indivíduo idoso e o serviço de saúde. A AD1 é destinada aos usuários que requerem cuidados com menor frequência e complexidade, sendo de responsabilidade da Atenção Básica⁽⁷⁾.

A modalidade AD1 ainda é pouco estruturada na Atenção Básica, no que diz respeito à sistematização do cuidado prestado, bem como pouco mencionada em divulgações e publicações científicas, quando comparada às modalidades de Atenção Domiciliar tipo 2 e 3, que constituem o programa Melhor em Casa. Embora 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 envelhecida. Assim, entende-se que a AD1 é um campo propício para intervir no bem-estar da pessoa idosa que possui limitações.

Os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida de idosos em geral já foram descritos anteriormente, apresentando associação a múltiplos fatores sociodemográficos, econômicos, funcionais e psicológicos⁽⁸⁻¹¹⁾. Entretanto, quando se trata de idosos em acompanhamento pela Atenção Domiciliar (AD) vinculada à Atenção Básica, existem poucos estudos. Dessa forma, busca-se com este estudo identificar quais são as particularidades dessa população. O conhecimento sobre as medidas subjetivas que expressam o bem-estar e os fatores associados de idosos em acompanhamento da AD1 possibilitará ao enfermeiro, por meio de boas práticas em enfermagem gerontológica na AD, planejar e implementar intervenções com idoso, família e/ou cuidador, visando manter sua autonomia e bem-estar na perspectiva da longitudinalidade do cuidado.

OBJETIVO

Identificar características sociodemográficas de acordo com faixas etárias e analisar associação da autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida com características sociodemográficas, funcionalidade e quedas de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica.

MÉTODO

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 2.740.678) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (nº 2.900.696).

Tipo de estudo, local e período

Estudo transversal, conduzido no Distrito Sanitário (DS) Centro de Porto Alegre. Esse DS possui a maior proporção de idosos cadastrados do município, representando aproximadamente 28,5% da população de idosos de Porto Alegre⁽¹²⁾. O DS Centro é composto por três serviços de Atenção Básica: Santa Cecília que contém uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com quatro equipes de Saúde da Família (eSF), Modelo e Santa Marta, ambos contêm uma UBS sem eSF e uma UBS com duas eSF. As entrevistas ocorreram no domicílio dos participantes. Os dados foram coletados no período de outubro de 2018 até abril de 2019.

Amostra e critérios de seleção

A amostra foi composta por 124 idosos. Os critérios de inclusão foram: pessoas idosas (≥ 60 anos) e vinculadas à AD1 do DS Centro de Porto Alegre, ao passo que os critérios de exclusão foram: idosos não localizados após três tentativas de contato telefônico, em dias e turnos diferentes ou que não estiveram no domicílio na tentativa de uma visita domiciliar; idosos sem capacidade de comunicação verbal/escrita ou com diagnóstico médico de demência avançada informado pelo cuidador ou pelo profissional da equipe, e idosos institucionalizados.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.65. Com base no estudo de Sposito e colaboradores⁽¹³⁾, para que fosse possível detectar uma diferença de 35% nos percentuais de satisfação entre as diferentes faixas etárias, tendo em vista um poder de 80% e nível de significância de 5%, foram necessários, no mínimo, 36 indivíduos por cada faixa etária, totalizando 108 indivíduos. No entanto, optou-se por incluir a totalidade da população idosa vinculada à AD1 dos três serviços, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão (n=124).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas conduzidas por enfermeiras e por discentes da graduação de Enfermagem, capacitados previamente. Inicialmente foi realizada a identificação dos usuários vinculados à AD1 do DS Centro através das listas fornecidas por enfermeiros e por agentes comunitários de saúde de cada serviço, nas quais continha nome completo, endereço e telefone. No total constavam 227 usuários, porém apenas 124 se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo. Para aqueles indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico para agendamento de entrevista no domicílio e uma tentativa de visita domiciliar, caso não fosse possível o contato telefônico. Foram aplicados: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde; Índice de Barthel; Escala de Lawton; Escala de Depressão Geriátrica; Teste *Timed Up and Go* (TUG). A duração das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos.

O questionário de dados sociodemográficos e condições de saúde foi construído pelas autoras deste estudo e continha as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, número de quedas nos últimos 12 meses, medo de cair, autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida. A autoavaliação do estado de saúde foi analisada através do questionamento “Em geral, comparando sua saúde com a das outras pessoas de sua idade, o(a) sr(a) diria que a sua saúde é: muito boa, boa, regular ou ruim” e a satisfação com a vida pelo questionamento “Em geral, de que forma o(a) sr(a) avalia sua satisfação com a vida: muito boa, boa, regular e ruim”.

O Índice de Barthel e a Escala de Lawton foram utilizados para avaliar o desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), respectivamente. O Índice de Barthel foi validado para uso no Brasil.⁽¹⁴⁾ Esse instrumento avalia dez ABVD, variando a pontuação de 0 a 100. É considerado dependente total pontuações inferiores a 20; de 20 a 35 dependente elevado; de 40 a 55 dependente moderado; de 60 a 99 dependente mínimo e 100 independente.⁽¹⁴⁾ A Escala de Lawton possui reconhecimento pelo Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁵⁾ para avaliação funcional da pessoa idosa na Atenção Básica, sendo amplamente utilizada na prática clínica. Essa escala avalia nove AIVD, sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos (“Sem ajuda” – três pontos; “Com ajuda parcial” – dois pontos; “Não consegue” – um ponto), quanto maior for a soma do escore total, maior é a independência do idoso⁽¹⁵⁾. O autor da escala original e a versão que consta no material do MS não propõem ponto de corte, assim, devido à distribuição encontrada no presente estudo ser assimétrica, foi categorizado em menor dependência pontuação inferior a 12 (mediana) e, maior dependência, igual ou maior a 12 pontos.

Na avaliação da cognição foi utilizado o MEEM, a versão adaptada para uso no Brasil⁽¹⁶⁾. O escore total varia de 0 a 30 pontos, e o ponto de corte para declínio cognitivo é estabelecido de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade.

A Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida (15 itens) foi utilizada para avaliar os sintomas depressivos na avaliação do humor dos idosos⁽¹⁷⁾. A pontuação total varia de 0 a 15 pontos, sendo: entre 0 a 5 normal (ausência de sintomas depressivos), entre 6 a 10 sintomas depressivos leves e entre 11 a 15 sintomas depressivos severos⁽¹⁵⁾.

O TUG foi utilizado a sua versão brasileira para a avaliação da mobilidade⁽¹⁸⁾. Tendo em vista que este estudo é composto por amostra que possui limitações de locomoção (critério de inclusão na AD1), foi utilizado apenas um ponto de corte, menor que 20 segundos indicando boa mobilidade e igual ou maior a 20 segundos alteração da mobilidade.

A funcionalidade, portanto, foi avaliada através da capacidade funcional de desempenhar ABVD e AIVD, da cognição, do humor e da mobilidade.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram duplamente digitados em planilha do Excel[®], e analisados com apoio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 21.0. Na análise descritiva, foram calculados: média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartílica para as variáveis quantitativas e para as categóricas frequências absolutas e relativas. As variáveis expressas por frequências absolutas e relativas foram associadas através do teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados. Para avaliar os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, foram aplicadas análises bivariada e multivariada de Regressão de Poisson. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalência em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Houve predomínio do sexo feminino (75,8%), encontrando-se o maior percentual de mulheres na faixa etária de 80 a 89 anos (38,7%). A média de idade da amostra foi de 82,8 ($\pm 9,2$) anos.

A Tabela 1 apresenta, na faixa etária de 60 a 79 anos, maior proporção, estatisticamente significativa, do sexo masculino ($p=0,001$), estado conjugal casado ($p=0,003$), boa mobilidade ($TUG < 20$ segundos, $p=0,025$) e menor dependência para as AIVD ($p=0,012$). Na faixa etária de 80 a 89 anos, houve maior concentração, estatisticamente significativa, do sexo feminino ($p=0,001$), enquanto que na faixa etária igual ou superior a 90 anos apresentou maior proporção do estado conjugal viúvo ($p=0,003$) e alteração da mobilidade ($TUG \geq 20$ segundos, $p=0,025$).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com a faixa etária, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

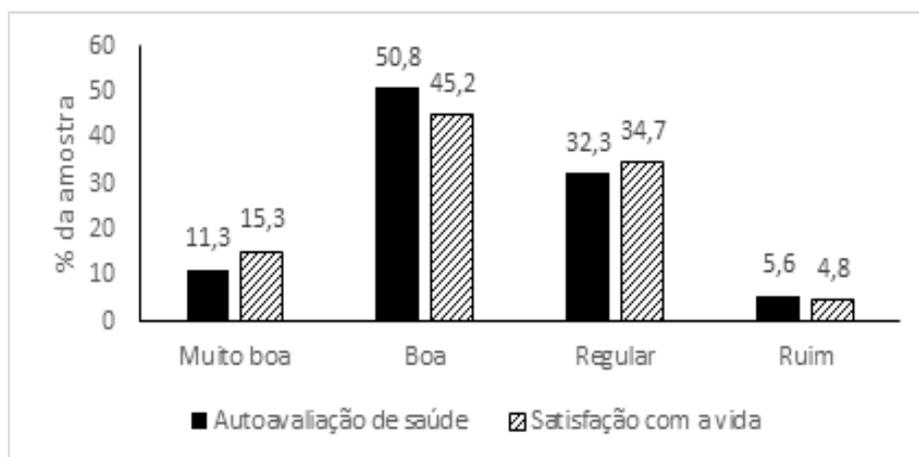
Variáveis	Amostra total	60 a 79 anos	80 a 89 anos	≥ 90 anos	P
	n=124 (100%)	n=40 (32,3%)	n=54 (43,5%)	n=30 (24,2%)	
Sexo					0,001
Masculino	30 (24,2)	18 (45,0)*	6 (11,1)	6 (20,0)	
Feminino	94 (75,8)	22 (55,0)	48 (88,9)*	24 (80,0)	
Escolaridade					0,121
0 a 4 anos	56 (45,2)	13 (32,5)	25 (46,3)	18 (60,0)	
5 a 8 anos	37 (29,8)	14 (35,0)	14 (25,9)	9 (30,0)	
> 8 anos	31 (25,0)	13 (32,5)	15 (27,8)	3 (10,0)	
Estado conjugal					0,003
Casado	33 (26,6)	16 (40,0)*	12 (22,2)	5 (16,7)	
Solteiro/Divorciado	32 (25,8)	13 (32,5)	16 (29,6)	3 (10,0)	
Viúvo	59 (47,6)	11 (27,5)	26 (48,1)	22 (73,3)*	

Renda familiar**					0,299
1 a 2 s.m.	43 (34,7)	15 (37,5)	18 (33,3)	10 (33,3)	
3 a 5 s.m.	58 (46,8)	22 (55,0)	23 (42,6)	13 (43,3)	
> 5 s.m.	23 (18,5)	3 (7,5)	13 (24,1)	7 (23,3)	
ABVD – Dependência					0,236
Moderada/Elevada/Total	57 (46,0)	14 (35,0)	28 (51,9)	15 (50,0)	
Mínima/Independente	67 (54,0)	26 (65,0)	26 (48,1)	15 (50,0)	
AIVD					0,012
< 12	64 (51,6)	13 (32,5)	32 (59,3)	19 (63,3)	
≥ 12	60 (48,4)	27 (67,5)*	22 (40,7)	11 (36,7)	
Declínio cognitivo					0,967
Com	61 (49,2)	19 (47,5)	27 (50,0)	15 (50,0)	
Sintomas depressivos					0,565
Sem	63 (50,8)	19 (47,5)	26 (48,1)	18 (60,0)	
Leves	47 (37,9)	18 (45,0)	21 (38,9)	8 (26,7)	
Severos	14 (11,3)	3 (7,5)	7 (13,0)	4 (13,3)	
Mobilidade					0,025
< 20 s	27 (21,8)	13 (32,5)*	12 (22,2)	2 (6,7)	
≥ 20 s	48 (38,7)	10 (25,0)	20 (37,0)	18 (60,0)*	
Acamado/Cadeirante	49 (39,5)	17 (42,5)	22 (40,7)	10 (33,3)	
Queda no último ano					0,325
Sim	49 (39,5)	12 (30,0)	24 (44,4)	13 (43,3)	
Medo de cair					0,163
Sim	88 (71,0)	24 (60,0)	42 (77,8)	22 (73,3)	

Nota: ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária; *associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância; **salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

Houve um percentual maior de idosos que respondeu a opção “boa” tanto na autoavaliação do estado de saúde (50,8%), quanto na satisfação com a vida (45,2%). Esses dados estão distribuídos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida de idosos (n=124) vinculados à AD1, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019



A análise bivariada das variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise bivariada de variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Variáveis (n=124)	Autoavaliação do estado de saúde			Satisfação com a vida		
	Regular/ Ruim n=47 (%)	RP (IC 95%)	<i>p</i>	Regular/ Ruim n=49 (%)	RP (IC 95%)	<i>p</i>
Sexo						
Masculino (n=30)	10 (33,3)	1,00		11 (36,7)	1,00	
Feminino (n=94)	37 (39,4)	1,18 (0,67 a 2,08)	0,564	38 (40,4)	1,10 (0,65 a 1,87)	0,718
Faixa etária						
60 a 79 anos (n=40)	13 (32,5)	1,00		17 (42,5)	1,00	
80 a 89 anos (n=54)	23 (42,6)	1,31 (0,76 a 2,26)	0,329	21 (38,9)	0,92 (0,56 a 1,50)	0,723
≥ 90 anos (n=30)	11 (36,7)	1,13 (0,59 a 2,16)	0,715	11 (36,7)	0,86 (0,48 a 1,56)	0,625
Escolaridade						
0 a 4 anos (n=56)	10 (32,3)	1,27 (0,70 a 2,32)	0,429	23 (41,1)	0,98 (0,58 a 1,65)	0,937
5 a 8 anos (n=37)	14 (37,8)	1,17 (0,61 a 2,26)	0,634	13 (35,1)	0,84 (0,46 a 1,53)	0,565
>8 anos (n=31)	23 (41,1)	1,00		13 (41,9)	1,00	
Estado conjugal						
Casado (n=33)	10 (30,3)	1,00		12 (36,4)	1,00	
Solteiro/Divorciado(n=32)	17 (53,1)	1,75 (0,95 a 3,23)	0,072	20 (62,5)	1,72 (1,02 a 2,91)	0,043
Viúvo (n=59)	20 (33,9)	1,12 (0,60 a 2,10)	0,727	17 (28,8)	0,79 (0,43 a 1,45)	0,450
Renda familiar*						
1 a 2 s.m. (n=43)	19 (44,2)	1,13 (0,61 a 2,08)	0,696	20 (46,5)	0,97 (0,57 a 1,66)	0,918
3 a 5 s.m. (n=58)	19 (32,8)	0,84 (0,45 a 1,57)	0,580	18 (31,0)	0,65 (0,37 a 1,15)	0,140
> 5 s.m. (n=23)	9 (39,1)	1,00		11 (47,8)	1,00	
ABVD – Dependência						
Moderada/Elevada/Total (n=57)	28 (49,1)	1,73 (1,09 a 2,75)	0,020	27 (47,4)	1,44 (0,93 a 2,24)	0,101
Mínima/Independente (n=67)	19 (28,4)	1,00		22 (32,8)	1,00	
AIVD						
< 12 (n=64)	31 (48,4)	1,82 (1,11 a 2,97)	0,017	31 (48,4)	1,62 (1,02 a 2,56)	0,042
≥12 (n=60)	16 (26,7)	1,00		18 (30,0)	1,00	
Declínio cognitivo						
Sem (n=63)	21 (33,3)	1,00		23 (36,5)	1,00	
Com (n=61)	26 (42,6)	1,28 (0,81 a 2,02)	0,289	26 (42,6)	1,17 (0,75 a 1,81)	0,487
Sintomas depressivos						
Sem (n=63)	9 (14,3)	1,00		9 (14,3)	1,00	
Leves (n=47)	25 (53,2)	3,72 (1,92 a 7,22)	<0,001	27 (57,4)	4,02 (2,09 a 7,73)	<0,001
Severos (n=14)	13 (92,9)	6,50 (3,49 a 12,1)	<0,001	13 (92,9)	6,50 (3,49 a 12,1)	<0,001
Mobilidade						
<20 s (n=27)	9 (33,3)	1,00		8 (29,6)	1,00	
≥ 20 s (n=48)	17 (35,4)	1,06 (0,55 a 2,05)	0,856	21 (43,8)	1,48 (0,76 a 2,87)	0,250
Acamado/Cadeirante (n=49)	21 (42,9)	1,29 (0,69 a 2,40)	0,430	20 (40,8)	1,38 (0,70 a 2,69)	0,350
Queda						
Sem (n=75)	23 (30,7)	1,00		26 (34,7)	1,00	
Com (n=49)	24 (49,0)	1,60 (1,02 a 2,49)	0,039	23 (46,9)	1,35 (0,88 a 2,08)	0,167
Medo de cair						
Sim (n=88)	38 (43,2)	1,73 (0,93 a 3,19)	0,081	42 (47,7)	2,46 (1,22 a 4,94)	0,012
Não (n=36)	9 (25,0)	1,00		7 (19,4)	1,00	

Nota: RP = razão de prevalência; ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária. *salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

Na Tabela 3 é possível observar que, após análise multivariada, apenas os sintomas depressivos leves ($p=0,002$) e severos ($p<0,001$) mantiveram associação estatisticamente significativa com a autoavaliação do estado de saúde regular/ruim. No que diz respeito à satisfação com a vida regular/ruim, permaneceram as associações estatisticamente significativas com os sintomas depressivos leves ($p<0,001$) e severos ($p<0,001$), e com o medo de cair ($p=0,019$).

Tabela 3 – Análise multivariada de variáveis associadas à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019

Variáveis	Autoavaliação do estado de saúde		Satisfação com a vida	
	RP (IC 95%)	<i>p</i>	RP (IC 95%)	<i>p</i>
Estado conjugal				
Casado	1,00		1,00	
Solteiro/Divorciado	1,43 (0,84 a 2,43)	0,186	1,37 (0,81 a 2,33)	0,243
Viúvo	0,92 (0,54 a 1,56)	0,750	0,67 (0,39 a 1,14)	0,139
Renda familiar*				
1 a 2 s.m.	-----	-----	0,91 (0,48 a 1,70)	0,760
3 a 5 s.m.	-----	-----	0,66 (0,40 a 1,11)	0,115
> 5 s.m.	-----	-----	1,00	
ABVD – Dependência				
Moderada/Elevada/Total	1,25 (0,79 a 1,96)	0,345	1,06 (0,63 a 1,77)	0,840
Mínima/Independente	1,00		1,00	
AIVD				
< 12	1,02 (0,59 a 1,77)	0,947	0,98 (0,57 a 1,66)	0,926
≥12	1,00		1,00	
Sintomas depressivos				
Sem	1,00		1,00	
Leves	3,09 (1,54 a 6,19)	0,002	3,34 (1,79 a 6,25)	<0,001
Severos	5,64 (2,86 a 11,1)	<0,001	5,93 (2,95 a 11,9)	<0,001
Queda				
Sem	1,00		1,00	
Com	1,39 (0,94 a 2,06)	0,103	1,10 (0,78 a 1,56)	0,595
Medo de cair				
Sim	1,19 (0,68 a 2,11)	0,542	2,02 (1,12 a 3,63)	0,019
Não	1,00		1,00	

Nota: RP = razão de prevalência; ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária. *salário mínimo de 2018 R\$ 954,00.

DISCUSSÃO

O considerável predomínio de octogenários do sexo feminino encontrado neste estudo, relaciona-se ao já conhecido processo de feminização do envelhecimento, e às características do grupo etário cuidado na AD, que tende a ser mais velho⁽¹⁹⁾. À vista disso, é essencial que os profissionais de enfermagem que atuam na AD1 considerem em suas intervenções particularidades do cuidado à saúde da mulher idosa. Nesse sentido, é imprescindível que a atenção abranja às consequências das perdas hormonais e funcionais, direcionando ações para a autoimagem, autoestima, sexualidade, autonomia e engajamento com a vida da mulher idosa, repercutindo em sua satisfação pessoal⁽²⁰⁾.

Como era esperado, os idosos na faixa etária de 60 a 79 anos, ou seja, os mais jovens do presente estudo, apresentaram associação estatisticamente significativa com o estado conjugal casado, TUG<20 segundos e menor dependência para as AIVD. Estes achados, corroboram com outros estudos que mostraram que ser casado reduz a probabilidade de pior capacidade funcional e que possuir 80 anos ou mais aumenta a chance de maior dependência nas atividades de vida diária, especialmente as instrumentais^(13,21).

Chama a atenção à proporção de idosos com 90 anos ou mais em acompanhamento pela AD1. Esse grupo apresentou associação significativa com TUG \geq 20 segundos, o que pode estar relacionado à sarcopenia e ao conseqüente declínio funcional, que em geral aumenta com o avançar da idade, elevando a chance de redução da mobilidade⁽²²⁾. Destaca-se o papel do enfermeiro na AD1, quanto a elaboração, implementação e acompanhamento do plano de cuidados individualizado junto a equipe multidisciplinar. Nessa perspectiva, é essencial que seja avaliado o risco de quedas e implementando medidas preventivas. De modo semelhante, com vistas a manutenção da mobilidade sugere-se, se possível, estimular a movimentação desse grupo, mesmo que dentro de seu domicílio.

Quanto à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, mais da metade dos idosos avaliaram como boa ou muito boa, similar a achados em idosos em geral^(4,9). A satisfação com a vida e a autoavaliação do estado de saúde são apontadas em pesquisas como indicadores de qualidade de vida e de bem-estar^(6,23). Os resultados encontrados neste estudo podem ser indicativos de resolutividade e benefícios do acompanhamento em saúde no domicílio⁽⁶⁾. É possível que o trabalho realizado pela equipe de saúde no domicílio esteja proporcionando maior bem-estar para a pessoa idosa e orientações para a sua família sobre como promover a saúde do mesmo. Acredita-se ainda que vivendo em casa, muitas vezes próximo a pessoas com as quais o idoso tem vínculo, também pode interferir nesta melhor percepção de sua saúde e satisfação com a vida.

Referente aos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida regular/ruim, não houve associação significativa com variáveis sociodemográficas, diferindo de outros estudos com idosos em geral⁽⁸⁻¹¹⁾. Destaca-se que dentro da condição socioeconômica brasileira, a região Sul possui média de renda mais elevada, quando comparada às demais, fator que pode impactar positivamente na qualidade de vida dos sulistas⁽²⁴⁾.

Na pessoa idosa, autoavaliações de saúde negativas geralmente decorrem de limitações no desempenho de atividades de vida diária, estando relacionada com pior capacidade funcional⁽²⁵⁾. No presente estudo houve maior razão de prevalência na relação entre os idosos mais dependentes nas ABVD e nas AIVD com a pior autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida, entretanto tal associação não permaneceu significativa na análise multivariada. É possível que aumentando-se o tamanho da amostra, também seria mantida a significância. Ainda assim, foi perceptível que os

participantes do estudo, mesmo possuindo limitações funcionais, avaliaram sua saúde e a satisfação com a vida como boa. Essa percepção vai ao encontro de Sposito e colaboradores⁽¹³⁾ que sugerem que indivíduos mais velhos apresentam melhor satisfação com a vida, mesmo com maior comprometimento funcional. Apesar de ser esperado que quanto maior a dependência da pessoa idosa pior seja sua autoavaliação do estado de saúde e satisfação com a vida, infere-se que a ampliação dos recursos e acesso à saúde, dentre elas assistência no domicílio, pode trazer impactos positivos no bem-estar individual, repercutindo na sua percepção de saúde e satisfação com a vida.

Ainda no tocante a funcionalidade do idoso, alteração na mobilidade e declínio cognitivo também não apresentaram associação significativa com autoavaliação do estado de saúde e com satisfação com a vida regular/ruim, diferindo, assim, de outros estudos com idosos em geral^(10,26-28). Destaca-se que a amostra em estudo possui particularidades em comparação a idosos em geral da comunidade, pelo fato de receberem visita domiciliar de profissionais de saúde e pelo acesso diferenciado aos serviços de saúde, o que pode ter exercido algum impacto nos achados. Além disso, vale ressaltar que não foram incluídos no estudo os idosos com demência avançada.

Quanto ao humor, manteve associação significativa entre sintomas depressivos leves e severos, tanto com a autoavaliação do estado de saúde, quanto com a satisfação com a vida regular/ruim, após o controle para variáveis confundidoras, ratificando estudos nacionais e internacionais, embora estes com idosos em geral^(10,28-32). Estudo coreano constatou que o apoio social possui efeito na depressão através do alívio de estresse⁽³³⁾. Em vista disso, sugere-se como uma alternativa fortalecer a rede de apoio, tendo o enfermeiro papel de estimular o contato intergeracional com familiares e amigos, incentivando inclusive ligações de áudio ou vídeo, explorando os recursos que possuem. Os *day care center*, já implementados em outros países, são espaços que possibilitam que idosos dependentes saiam de casa por algumas horas do dia e interajam com pessoas de outros grupos etários. São os próprios enfermeiros que atendem esses idosos no domicílio que referenciam os mesmo para os *day care center*. Esse espaço proporciona interações sociais e participação dos idosos em atividades que impactam positivamente na percepção de solidão, qualidade de vida e atitudes dos idosos⁽³⁴⁾. Nesse sentido, com o objetivo de promover o bem-estar da pessoa idosa e reduzir a sobrecarga da família, recomenda-se o desenvolvimento de espaços semelhantes no contexto brasileiro.

As boas práticas em enfermagem gerontológica na AD requerem constantes planejamentos e reorganizações⁽³⁵⁾. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de ampliar ações voltadas ao bem-estar do indivíduo no seu domicílio, com a finalidade de reduzir sintomas depressivos, tendo em vistas as evidências de que o envolvimento em atividades sociais e culturais está relacionada ao maior bem-estar e a resiliência⁽³⁶⁾. Desta forma, sugere-se que o enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) elabore planos de cuidados individualizados que envolvam atividades

diferenciadas com a pessoa idosa no seu próprio domicílio, visando estimular sua autonomia e atentando para as suas preferências individuais, tais como: pintura, leitura, lista de desejos/sonhos, diário de atividades, crochê, yoga, meditação, preparo de alimentos, atividades com familiares/cuidadores, entre outras. É fundamental que não sejam propostas apenas tarefas para preencher o tempo, mas que tragam significado para sua vida, auxiliando a estabelecerem objetivos para sua existência.

A presença de quedas não apresentou significância com nenhuma das variáveis em estudo. Ressalta-se que mais da metade da amostra não apresentou nenhum episódio de queda no último ano. Este dado pode estar relacionado ao cuidado diferenciado que recebem, com profissionais de saúde que vão aos seus domicílios com frequência, e que tem entre suas ações avaliar o risco de quedas e estabelecer intervenções preventivas de quedas⁽³⁷⁾. No entanto, o medo de cair apresentou associação significativa com a avaliação de satisfação com a vida regular/ruim. O medo de cair tem sido relacionado à diminuição da qualidade de vida, declínio funcional, risco de quedas, e aumento do isolamento social na população idosa, o que reforça a necessidade, de além de aplicar instrumento que avalie risco de quedas, avaliar o medo de cair⁽³⁸⁾. Enfatiza-se a importância de intervir frente ao medo de cair, com o propósito de reduzir suas consequências na saúde física e mental da pessoa idosa. Podem ser realizadas atividades educativas com os idosos, familiares e/ou cuidadores, para que compreendam que o medo de cair é passível de controle, através da supervisão de fatores de risco modificáveis nos domicílios, capacitação de quem realiza o cuidado e a realização de exercícios físicos supervisionados para o desenvolvimento do equilíbrio e fortalecimento da musculatura⁽³⁸⁾.

Na AD intervenções de enfermagem possuem potencial de ocasionar mudanças de hábitos de vida devido ao forte vínculo entre os usuários e a equipe, a qual conhece o contexto familiar e social ao qual o indivíduo está inserido. Observa-se que tais intervenções contribuem para o bem-estar e a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa, pois acolhem as necessidades do idoso e sua família e/ou cuidador, facilitando o acesso aos serviços de saúde^(37,39). Além disso, cabe ao enfermeiro acolher a demanda, elencar diagnósticos de enfermagem, estabelecer um planejamento de enfermagem e implementar intervenções necessárias e tangíveis.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação o desenho transversal, impossibilitando inferências causais. Além disso, os resultados não podem ser generalizados, uma vez que trazem características específicas de determinada região de um município do país, e pelo próprio tamanho amostral. A escassez de estudos com população específica abordada nesta pesquisa limitou a discussão comparativa a outras realidades.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

Os resultados desta pesquisa podem conduzir os enfermeiros a repensar sua forma de planejar e implementar a assistência prestada às pessoas idosas no domicílio, com ênfase no seu bem-estar. Através da atuação do enfermeiro, ao elencar diagnósticos de enfermagem, planejar, implementar intervenções e avaliá-las após desenvolvidas, é possível conhecer a percepção que os idosos em acompanhamento da AD1 têm sobre a própria saúde e sobre a satisfação com a vida, bem como os fatores associados. Tais ações propiciam melhorias quanto ao bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Ademais, esses achados possibilitam ampliar a visibilidade quanto ao potencial da AD1 frente às novas demandas de saúde, incentivar a discussão de políticas públicas, bem como fortalecer a sua articulação nas Redes de Atenção à Saúde. Ressalta-se, assim, a importância de expandir essa modalidade de saúde, que agrega bem-estar à longevidade, fornecendo suporte e amparo aos idosos, aos familiares e/ou aos cuidadores.

CONCLUSÃO

Houve predomínio de octogenários do sexo feminino, o que ressalta a importância de profissionais, serviços e sistemas de saúde preparados para atender às novas demandas. Quanto à autoavaliação do estado de saúde e à satisfação com a vida, a maior parte dos idosos respondeu a opção “boa”, o que salienta a importância de receber acompanhamento no domicílio, dependendo da condição de saúde do indivíduo idoso. A autoavaliação do estado de saúde regular/ruim apresentou associação com os sintomas depressivos leves e severos, enquanto a satisfação com a vida regular/ruim teve associação com o medo de cair e com os sintomas depressivos leves e severos.

Assim, evidencia-se a necessidade de intervenções psicossociais para idosos em acompanhamento domiciliar, implementadas através de um plano de cuidado individualizado, passível de ser realizado no domicílio do idoso, visando a detecção precoce de sintomas depressivos e suas implicações. Além disso, percebe-se a necessidade de abordar as limitações, os riscos e as consequências que envolvem o medo de cair.

Nesse contexto destaca-se a importância da modalidade de saúde AD1 no acompanhamento da população idosa com limitação, porque ela serve como uma estratégia de continuidade de cuidado a idosos que requerem assistência de menor complexidade, sendo possível implementar ações voltadas à funcionalidade e ao bem-estar de indivíduos que possuem restrições para sair de seu domicílio. Sugerem-se, assim, novos estudos de intervenção que apresentem benefícios e limitações da assistência prestada pela AD1, com vistas a ampliar a discussão e melhorar a organização da sistematização dessa modalidade de cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 99-104 p.
2. Organização Mundial da Saúde. Resumo - Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. 30 p.
3. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Dal Molin V, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86. doi: 10.1590/S1809-98232014000100009.
4. Carvalho ML, Barbosa CNS, Bezerra VP, Santos AMR, Silva CRDT, Brito CMS, et al. Health situation in the perception of elderly widows assisted by primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):199-204. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0549.
5. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol.* 1961;16(2):134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134.
6. Kadowaki L, Wister AV, Chappell NL. Influence of home care on life satisfaction, loneliness, and perceived life stress. *Can J Aging.* 2014;34(1):1-15. doi: 10.1017/S0714980814000488.
7. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2020 Apr 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
8. Kolosnitsyna M, Khorkina N, Dorzhiev H. Determinants of life satisfaction in older russians. *Ageing Int.* 2017;42(3):354-373. doi: 10.1007/s12126-017-9297-3.
9. Banhato EFC, Ribeiro PCC, Guedes DV. Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10];17(2):16-24. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40807/28381>.
10. Ng ST, Tey NP, Asadullah MN. What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171799. doi: 10.1371/journal.pone.0171799.
11. Souza MS, Coqueiro RS, Fernandes MH. Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde de idosos residentes em comunidade. *Cienc Enferm.* 2016;22(2):13-26. doi: 10.4067/S0717-95532016000200002.
12. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Dados demográficos IBGE 2010 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2020 [cited 2020 Apr 12]. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918.
13. Sposito G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento ME. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(12):3475-3482. doi: 10.1590/S1413-81232013001200004.
14. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-223. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011.

15. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
16. 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):1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001.
17. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1999;57(2B):421-426. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013.
18. Dutra MC, Cabral ALL, Carvalho GA. Tradução para o português e validação do teste Timed Up and Go. *Rev Interfaces, Saúde, Hum Tecnol*. 2016;3(9):81-88. doi: 10.16891/2317-434X.430.
19. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest. Educ. Enferm*. 2017;35(2):210-220. doi: 10.17533/udea.iee.v35n2a10.
20. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Silva ES, Alves JP, Santos NR, et al. Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. *Rev. Bras. Enferm*. 2019;72(suppl2):71-78. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0015.
21. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brito TA. Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: a longitudinal study. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(10):3393-3401. doi: 10.1590/1413-812320182310.23382016.
22. Santos VR, Gomes IC, Bueno DR, Christofaro DGD, Freitas Jr. IF, Gobbo LA. Obesity, sarcopenia, sarcopenic obesity and reduced mobility in Brazilian older people aged 80 years and over. *Einstein*. 2017;15(4):435-440. doi: 10.1590/S1679-45082017AO4058.
23. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Self-perceived health among adult and elderly users of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):45-52. doi: 10.1590/1413-81232018241.34932016.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018. 151 p.
25. Bortoluzzi EC, Doring M, Portella MR, Cavalcanti G, Mascarelo A, Delani MP. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2017;22(1):85-94. doi: 10.12820/rbafs.v.22n1p85-94.
26. Soares VN, Fattori A, Neri AL, Fernandes PT. Influence of physical performance on elderly mortality, functionality and life satisfaction: FIBRA's study data. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4181-4190. doi: 10.1590/1413-812320182411.07592018.
27. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Arch Clin Psychiatry*. 2010;37(1):32-35. doi: 10.1590/S0101-60832010000100007.

28. Santos EC, Couto BM, Bastone AC. Factors associated with negative self-assessment of health in elderly enrolled in Primary Care Units. *ABCS Health Sci.* 2018;43(1):47-54. doi: 10.7322/abcshs.v43i1.999.
29. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Negative self-rated health in the elderly in cities with different levels of economic well-being: data from FIBRA. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(12):3653-3668. doi: 10.1590/1413-812320152012.20492014.
30. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(4):302-310. doi: 10.1590/S1020-49892013000400010.
31. Lau BH, Kwan JS, Cheung KS, Martin P. Depression moderates the frailty-subjective health link among Chinese near centenarians and centenarians. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016;24(9):753-761. doi: 10.1016/j.jagp.2016.05.014.
32. Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, Stazi MA, Lucidi F, Violani C, et al. The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Front Psychiatry.* 2019;10:419. doi: 10.3389/fpsy.2019.00419.
33. Lee HS, Kim C. Structural equation modeling to assess discrimination, stress, social support, and depression among the elderly women in South Korea. *Asian Nurs Res.* 2016;10(3):182-188. doi: 10.1016/j.anr.2016.06.003.
34. Esmailzadeh S, Oz F. Effect of psychosocial care model applied in an “elderly day care center” on loneliness, depression, quality of life, and elderly attitude. *Niger J Clin Pract.* 2020;23(2):189-197. doi: 10.4103/njcp.njcp_366_19.
35. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AN, Carvalho LPN, Almeida VC, et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):302-310. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0445.
36. Rapacciuolo A, Filardi PP, Cuomo R, Mauriello V, Quarto M, Kisslinger A, et al. The impact of social and cultural engagement and dieting on well-being and resilience in a group of residents in the metropolitan area of Naples. *J Aging Res.* 2016;2016(4768420):1-11. doi: 10.1155/2016/4768420.
37. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Home intervention as a tool for nursing care: evaluation of the satisfaction of the elderly. *Rev Gaúch Enferm.* 2016;37(spe):e68351. doi: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68351.
38. Vitorino LM, Teixeira CAB, Vilas Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03215. doi: 10.1590/S1980-220X2016011803215
39. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, Silva KL, Santos MLM. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Saúde Debate.* 2019;43(121):592-604. doi: 10.1590/0103-1104201912123.

6 CONCLUSÃO

Observou-se que o maior percentual de idosos em acompanhamento da AD1 possuía dependência mínima para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e maior dependência para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Houve associação entre dependência moderada/elevada/total nas ABVD com déficit cognitivo e acamado/cadeirante. A maior dependência nas AIVD apresentou associação com idade ≥ 80 anos, estado conjugal solteiro/separado, déficit cognitivo, acamado/cadeirante e TUG ≥ 20 .

Quanto a autoavaliação do estado de saúde regular/ruim houve associação com os sintomas depressivos leves e severos. Enquanto a satisfação com a vida regular/ruim apresentou associação com o medo de cair e também com os sintomas depressivos leves e severos.

As associações encontradas são importantes norteadores para o planejamento e implementação de intervenções de saúde direcionadas à manutenção da funcionalidade e ao bem-estar da população idosa. Dessa forma, esses resultados evidenciam indicadores de saúde que podem subsidiar planos de cuidados. Além disso, ressaltam ainda mais a necessidade de sistematização e de ampliação da AD1 para atender às demandas da população idosa. Destacando, assim, a importância dessa modalidade de saúde no acompanhamento do indivíduo idoso com limitação, visando a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. C. B.; HENEMANN, L.; ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 11-20, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18985/18355>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- 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 jun. 2018.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2010. Disponível em: [scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO988.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO988.pdf). Acesso em: 11 fev. 2020.
- ARAÚJO, G. K. N. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 312-318, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v32n3/1982-0194-ape-32-03-0312.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- ARLI, S. K. *et al.* Investigation of pain and life satisfaction in older adults. **Geriatrics & Gerontology International**, Tokyo, v. 18, n. 1, p. 5-11, Jan. 2018.
- ASSIS, V. G. *et al.* Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 153-163, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00153.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- 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.
- BANHATO, E. F. C.; RIBEIRO, P. C. C.; GUEDES, D. V. Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 16-24, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40807/28381>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

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.

BORGES, A. M. *et al.* Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00079.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BORN, T. (org.). **Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

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: 11 fev. 2020.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília: Casa Civil, [2002]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

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: 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

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: 11 fev. 2020.

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, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

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

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.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

CARVALHO, M. L. *et al.* Situação de saúde na percepção de idosas viúvas assistidas pela atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 207-213, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0199.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

CASEL, C. K. *et al.* **Geriatric medicine: an evidence-based approach**. 4. ed. New York: Springer, 2003.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, maio 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1049.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

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: 11 fev. 2020.

CORTE, R. R. D.; SILVA, A. A. Contextualizando as síndromes geriátricas. *In*: MORIGUCHI, Y. *et al.* (org.). **Entendendo as Síndromes Geriátricas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

CÔRTE, B. *et al.* Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 690-701, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00690.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CRUZ, A. S.; FELISBINO, J. E.; GOMES, E. Cuidado de enfermagem domiciliar: um enfoque para a terceira idade. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 16-29, 2019.

DINIZ, A. S. S. *et al.* Capacidade funcional da pessoa idosa inserida no programa de atendimento domiciliar em São Luís – MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 17, n. 2, p. 74-79, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6079/3666>. Acesso em: 11 fev. 2020.

DUTRA, M. C.; CABRAL, A. L. L.; CARVALHO, G. A. Tradução para o português e validação do teste *Timed Up and Go*. **Revista Interfaces - Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 9, p. 81-88, abr. 2016.

FERREIRA-AGRELI, B. *et al.* Incapacidade funcional e morbidades entre idosos, segundo condições sociodemográficas e indicativo de depressão. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 35, n. 1, p. 48-58, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v35n1/2216-0280-iee-35-01-00048.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

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, R. S. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a17.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

GOLDGARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e as gerações. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1374-1382.

GUIMARÃES, M. L. *et al.* O cuidado ao idoso em Saúde Coletiva: um desafio e um novo cenário de prática. *In*: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 299-313.

HÉBERT, R. A revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3618, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3618.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

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: 11 fev. 2020.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estatísticas, Sociais, População, Projeções da População, Tabelas, Projeções da População do Brasil e Unidade da Federação por sexo e idade: 2010-2060, **Projeções da população por sexo e idades**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 10 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. População, Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, **Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 28 maio 2019.

KADOWAKI, L.; WISTER, A. V.; CHAPPELL, N. L. Influence of home care on life satisfaction, loneliness, and perceived life stress. **Canadian Journal on Aging**, Cambridge, v. 34, n. 1, p. 1-15, 2014.

KOLOSNITSYNA, M.; KHORKINA, N.; DORZHIEV, H. Determinants of life satisfaction in older russians. **Ageing International**, Secaucus, v. 42, n. 3, p. 354-373, 2017.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Cary, v. 9, n. 3, p. 179 - 186, 1969.

LEANDRO, T. A. *et al.* Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 326-333, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0311.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

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.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; RIBEIRO, P. C. C. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v11n1/1981-2256-rbgg-11-01-0007.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

LOURENÇO, T. M. *et al.* Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/25.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

MADIGAN, E. A.; CURET, O. L. A data mining approach in home healthcare: outcomes and service use. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 18, Feb. 2006. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-6-18>. Acesso em: 11 fev. 2020.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: The Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, v. 14, p. 61-65, 1965.

MARANDINI, B. A. N.; SILVA, B. T.; ABREU, D. P. G.. Avaliação da capacidade funcional de idosos: atividade das equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Pesquisa - Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1087-1093, out./nov. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5858/pdf_1. Acesso em: 03 maio 2018.

MARTINUCCI, O. S.; GUIMARÃES, R. B. O meio técnico-científico-informacional, os equipamentos de imagem-diagnóstico e a desigualdade em saúde no Brasil. **Geosp – Espaço e Tempo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 076-095, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/118718/140874>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

MELO, B. R. S. *et al.* Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20160388, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0388.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3865.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

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.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>. Acesso em: 11 fev. 2020.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. *et al.* **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2017.

NG, S. T.; TEY, N. P.; ASADULLAH, M. N. What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. **PLoS One**, São Francisco, v. 12, n. 2, p. e0171799, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171799>. Acesso em: 11 fev. 2020.

NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, jul./ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

NUNES, J. D. *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00295.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

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

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE - OBSERVAPOA. Mapas, Equipamentos e Serviços, Saúde, Distritos de Saúde, **Centro**. Porto Alegre, 2018b. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/viewer?ll=-30.042861966096403%2C-51.206355066629555&z=14&mid=119gTW9fF1HCImSAMSrIHrOJkdqE>. Acesso em: 03 maio 2018.

OLIVEIRA, A. G. *et al.* Grupos de convivência como suporte na prevenção da depressão em idosos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 17-24, abr. 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1637/2339>. Acesso em: 11 fev. 2020.

OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. e280411, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280411.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Resumo - Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTES, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. *In*: PAPALÉO NETTO, M. (ed.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1-12.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 99-104.

PASKULIN, L. G. M. *et al.* Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 35, n. 2, p. 210-220, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v35n2/2216-0280-iee-35-02-00210.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

PEREIRA, K. R. **Adaptação transcultural e validação da escala de depressão geriátrica GDS-15**. 2017. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

PINHO, M. X. *et al.* Confiabilidade e validade da Escala de Depressão Geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 5, p. 570-579, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/aop03010.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa - POA**. Porto Alegre, 2020a. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/programa_melhor_em_casa.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. Secretarias, Saúde, A SMS, **Estrutura**. Porto Alegre, 2020b. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808. Acesso em: 11 fev. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. Secretarias, Saúde, Informações em Saúde, IBGE (População e domicílios), **Dados demográficos IBGE 2010**. Porto Alegre, 2020c. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918. Acesso em: 11 fev. 2020.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a09_bisn47.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231- 242, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 216-224, jan./fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/flae/v21nspe/pt_27.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

- SANTOS, S. C. A.; FIGUEIREDO, D. M. P. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 77-86, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n1/1678-4561-csc-24-01-0077.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- SARAIVA, L. B. *et al.* Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 19, n. 4, p. 262-267, 2017. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/4845/3717>. Acesso em: 08 maio 2018.
- SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- SILVA, K. L. *et al.* Trajetória política da Atenção Domiciliar em Minas Gerais. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1155, 2019b.
- SIQUEIRA, A. *et al.* Comparação da atividade física e satisfação com a vida em idosos institucionalizados e dos centros dia. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 107-116, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7086/3383>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- SOARES, J. V. **Assistência domiciliar na atenção primária à saúde: organização nos serviços de saúde de Porto Alegre**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- SOUZA, M. S.; COQUEIRO, R. S.; FERNANDES, M. H. Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde de idosos residentes em comunidade. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 22, n. 2, p. 13-26, 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n2/art_02.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.
- TERRA, N. L. Prefácio. *In*: MORIGUCHI, Y. *et al.* (org.). **Entendendo as Síndromes Geriátricas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.
- UNITED NATIONS. **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables**. Nova Iorque: United Nations, 2017.
- VIEIRA, L. S. *et al.* Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 22, p. 1-13, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Ageing and life-course, **Falls prevention in older age**. World Health Organization, 2019. Disponível em: https://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/. Acesso em: 03 mar. 2019.

15) N° de pessoas que reside no domicílio:	----- -----	_____
CONDIÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA		
17) O senhor(a) possui algum desses problemas de saúde (comorbidades)? Pode ser marcada mais que uma alternativa.	(1) Não (2) Parkinson (3) Demência: _____ (4) HAS (5) DM (6) CA: _____ (7) Artrose/Artrite (8) ICC (9) Dislipidemia (10) Depressão (11) Outra: _____	
18) Quantas quedas apresentou neste último ano?	-----	n°: _____
19) Tem medo de cair?	(1) Sim (2) Não	
20) Deixa de fazer alguma atividade (vestir, se deslocar...) por medo de cair?	(1) Sim (2) Não	
21) Em geral, de que forma o(a) sr(a) avalia sua satisfação com a vida?	(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima	
22) Em geral, comparando sua saúde com a das outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima	

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 a 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 a 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.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

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 8h às 17h, 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

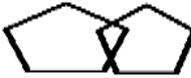
Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO A – Mini Exame 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 – 3 pontos)	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, 2006d.

ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica

1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Sim (1) Não
2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) Sim (0) Não
3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) Sim (0) Não
4) Você se aborrece com frequência?	(1) Sim (0) Não
5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) Não
6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) Sim (0) Não
7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) Não
8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) Sim (0) Não
9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) Sim (0) Não
10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) Sim (0) Não
11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim (1) Não
12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) Sim (0) Não
13) Você se sente cheio de energia?	(0) Sim (1) Não
14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) Sim (0) Não
15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) Sim (0) Não

Pontuação: _____

Fonte: BRASIL, 2006d.

ANEXO C – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL	
Alimentação _____	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda para cortar a comida, espalhar a manteiga etc. (10) Independente (comida cozida e servida sob alcance, mas não cortada).
Uso do banheiro _____	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda, mas pode fazer algumas coisas sozinho, incluindo o uso do papel higiênico. (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).
Bexiga _____	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, tem acidente ocasional. (10) Contínente, controla durante o dia e a noite.
Intestino _____	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, ou tem acidente ocasional. (10) Contínente.
Banho _____	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente.
Cuidados pessoais _____	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente, capaz de barbear-se, pentear o cabelo, lavar o rosto e escovar os dentes.
Mobilidade _____	(0) Dependente, imóvel. (5) Independente em cadeira de rodas (10) Necessita de auxílio de uma pessoa (não treinada, incluindo supervisão) (15) Independente, pode usar qualquer órtese.
Transferências _____	(0) Dependente, incapaz. Necessita de ajuda de duas pessoas para levantar. (5) Necessita de grande ajuda. Auxílio físico de uma pessoa forte e treinada ou duas não treinadas. (10) Necessita de pequena ajuda. Uma pessoa com facilidade ou apenas supervisão para segurança. (15) Independente.

Escadas _____	(0) Dependente, incapaz. (5) Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão. (10) Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala).
Vestir-se _____	(0) Dependente. (5) Precisa de ajuda, mas parcialmente independente. (10) Independente, incluindo botões, zíper, laços.
Total: _____	

Fonte: MINOSSO *et al.*, 2010.

ANEXO D – Escala de Lawton e Brody

Escala de Lawton e Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1	
TOTAL:				_____

Fonte: BRASIL, 2006d.

ANEXO E – Teste “Timed Up and Go”**TESTE “TIMED UP AND GO”**

“Eu gostaria que você 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 (3 metros), retorne até a cadeira e sente-se”.

TEMPO TOTAL: _____ segundos

(0) 0-10 seg. (Normal)

(1) 11- 20 seg. (Indivíduos independentes em transferências básicas)

(2) >20 seg. (Presença de distúrbio na mobilidade)

- Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.

Fonte: PODSIADLO; RICHARDSON, 1991.

ANEXO F – Aprovação do HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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: 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: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.740.678

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:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

ANEXO G – Aprovação da 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 À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Idiane 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 (MCCP), 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.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 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_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.696

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 Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 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_sms@hotmail.com

ANEXO H – 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 I – 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

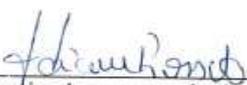
Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

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