

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos
serviços de atenção básica**

ELAINE THUMÉ

Pelotas - RS, 2010

ELAINE THUMÉ



**Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos
serviços de atenção básica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADOR
Luiz Augusto Facchini

Pelotas - RS, 2010

T534a Thumé, Elaine

Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica. / Elaine Thumé; orientador Luiz Augusto Facchini. – Pelotas : UFPel, 2010.

212 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pelotas ; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2010.

1. Epidemiologia 2. Serviços de Assistência Domiciliar I. Título.

CDD 614.4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

PARECER

Considerando aprovada a Tese intitulada “Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica”, apresentada a este Programa de Pós-graduação em Epidemiologia pela aluna Elaine Thumé, aos vinte e oito dias do mês de setembro de dois mil e dez, a Comissão Examinadora é de parecer que a candidata está habilitada à obtenção do grau de Doutor, pela Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, 28 de setembro de 2010.

Prof. Luiz Augusto Facchini (Presidente)

Depto de Medicina Social e
PPG em Epidemiologia – UFPEL

Prof^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Depto de Medicina Social e
PPG em Epidemiologia – UFPEL

Prof^a. Maria Lucia Lebrão

Depto de Epidemiologia - USP

Prof. Raúl Andrés Mendoza-Sassi

Depto de Medicina-Interna - FURG

AGRADECIMENTOS

Esta tese é resultado do trabalho realizado com o apoio de várias pessoas, instituições e lugares. As parcerias foram fundamentais para a conclusão do plano de trabalho. Agradeço a todos que contribuíram na sua execução, em especial para:

Meu orientador, Luiz Augusto Facchini, pelo incansável apoio e incentivo em todas as etapas deste estudo. Obrigada por seu exemplo de persistência e sua dedicação, fundamentais durante esta trajetória.

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e seus professores por contribuírem na minha formação.

Os colegas do Departamento de Enfermagem por apoiarem minha liberação neste período e incentivarem minha formação.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro, tornando possível o Estágio de doutorando no Exterior, por meio do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior - PDEE.

Michael Reich, coordenador do Takemi Program in International Health da Harvard School of Public Health, pelas críticas e sugestões no trabalho durante o estágio de doutoramento. Grace Wyshak por seu tempo dedicado e suas instigantes discussões. Amy Levin, querida amiga que tornou a vida no exterior muito mais fácil. Paul Campbell pela participação na escrita do artigo.

Os mestrandos em Epidemiologia da turma 2007-8 e aos colegas de doutorado, por dividirem os tensos e desafiadores momentos desta jornada. A parceria foi fundamental para superar os desafios, reforçando a importância do trabalho em grupo.

Os colegas do Takemi Program com os quais eu aprendi não apenas a conhecer a realidade da saúde pública de outros países, mas também foram lições muito agradáveis de cultura geral.

O Secretário Municipal de Saúde de Bagé, Manif Curi Jorge e sua equipe de coordenação, pelo apoio na execução do projeto. Às equipes das Unidades Básicas de Saúde, pela acolhida durante a coleta de dados e divulgação do estudo nas comunidades locais. Os funcionários e coordenação do Centro do Idoso de Bagé por sediar o estudo e apoiar nosso trabalho.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade da Região da Campanha pelo auxílio na divulgação do estudo e pela disponibilidade da área física durante o processo de seleção e capacitação dos entrevistadores.

Os idosos entrevistados e suas famílias pela disponibilidade em participar desta pesquisa e dedicarem seu tempo respondendo ao questionário.

A equipe de entrevistadores pela dedicação e persistência na realização das entrevistas em pleno inverno gaúcho.

Lúcia A. S. Vieira (Luca) pela amizade e parceria na coordenação do trabalho de campo em Bagé, tornando viável a execução do projeto de forma competente, tranqüila e exitosa. Agradeço também à Matilde que gentilmente me hospedou em sua casa durante o trabalho de campo.

Noemia Tavares por sua colaboração na pesquisa e compartilhar os desafios do doutorado.

As queridas Eliane Tibola e Bruna Mendes dos Santos, pois bravamente conduziram a supervisão do estudo. Obrigada pela parceria e árduo trabalho nos gélidos dias em Bagé.

Elaine Tomasi, pelo investimento de longa data, pelas críticas e inestimável amizade, lições de vida e perseverança.

Alitéia Dilélio, pela incondicional amizade, dedicação e contribuições, fundamentais para a conclusão do projeto.

Maria de Fátima Maia pelo assíduo suporte na revisão bibliográfica e colaboração no artigo de revisão.

Suele da Silva e ao Danton Duro Filho, pelo apoio e cuidadosa construção da versão final do banco de dados.

Os colegas Roberto Piccini, Denise Silveira, Fernando Vinholes, Alessander Osório e Vanessa Teixeira por compartilharem sua experiência e colaborarem na construção do conhecimento científico.

Mercedes e a Olga pelo excelente apoio nas atividades de secretaria, permitindo minha estadia no exterior de forma tranqüila.

Juarez Lopes por suas lições de inglês e suporte em todas as fases deste trabalho.

Agradeço ao Alemão, à Carolina e ao Rodrigo. Obrigada pela parceria, por apoiarem meu trabalho e resistirem bravamente neste período. Eli, valeu o apoio invisível! Aos tios, primos, irmãos e sobrinhos pelo incentivo durante esta jornada.

Finalizando, agradeço aos meus queridos pais, responsáveis por me ensinarem os primeiros passos, as primeiras letras, incentivarem meus estudos, estarem sempre por perto e disponíveis. A presença de vocês me dá segurança e alento.

RESUMO

RESUMO

THUMÉ, Elaine. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica**. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Portanto, o modelo assistencial dos serviços de atenção básica à saúde precisa adequar-se a esta nova demanda, identificando precocemente idosos em situação de fragilidade e resgatando o domicílio como ambiente terapêutico. O objetivo desta tese foi avaliar o desempenho dos serviços de atenção básica no atendimento domiciliar aos idosos, os fatores associados e as características do acesso, segundo os modelos de atenção – estratégia Saúde da Família e Tradicional. Os dados foram coletados através de um estudo transversal realizado em Bagé, no Rio Grande do Sul, no ano de 2008. Um total de 1.593 idosos com 60 anos ou mais de idade responderam ao questionário aplicado por entrevistadores no próprio domicílio. Nas áreas cobertas pelas equipes Saúde da Família a utilização de assistência domiciliar foi 2,7 vezes maior comparadas com as áreas sob responsabilidade da atenção básica Tradicional (IC95% 1,5-4,7; $p=0,001$). A utilização de assistência domiciliar foi maior entre os idosos mais velhos, com menor escolaridade, com história de hospitalização no último ano, história prévia de derrame, sinais de demência e incapacidade para as atividades da vida diária. O fato da estratégia Saúde da Família operar em áreas de maior vulnerabilidade social sugere uma maior equidade no acesso à assistência domiciliar entre os idosos. Nestas áreas, a maior prevalência de idosos com renda *per capita* de até um salário mínimo e sem acesso a plano de saúde indica que a Saúde da Família permitiu diminuir a desigualdade financeira no acesso aos cuidados domiciliares. As variáveis associadas à utilização de assistência domiciliar reiteram os indicadores de fragilidade destacados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estes achados devem servir de estímulo à expansão da cobertura da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, locais onde a cobertura ainda é limitada. A família teve papel central e foi responsável por 75% das solicitações de cuidado. Nas áreas da atenção Tradicional, os médicos responderam pela maior promoção de cuidados, enquanto, nas áreas da estratégia Saúde da Família, destacou-se a participação da equipe de enfermagem. Independente do modelo de atenção, aproximadamente 78% das solicitações foram atendidas em até 24 horas e 95% dos usuários avaliaram positivamente o cuidado recebido. Dois terços dos idosos referiram melhora nas condições de saúde após atendimento. As avaliações positivas realizadas por idosos e familiares, e o impacto na situação de saúde reforçam o domicílio como ambiente terapêutico. A tese também contém uma revisão da literatura sobre instrumentos e indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência domiciliar. Entre os dezenove artigos que preencheram os critérios de inclusão, a maioria foi realizada na América do Norte e na Europa. Os principais indicadores de qualidade utilizados referem-se a mudanças na capacidade funcional entre a admissão e a alta domiciliar, internação hospitalar no período e as taxas de vacinação.

Palavras-chave: assistência domiciliar, atenção básica à saúde, programa saúde da família, saúde do idoso, avaliação em saúde, indicadores de qualidade em assistência à saúde. Estudo transversal.

ABSTRACT

ABSTRACT

THUMÉ, Elaine. **Assessment of Home Care for the Elderly in Brazilian Primary Health Care Services.** Doctoral Degree – Epidemiology Program, Federal University of Pelotas, Brazil.

In the first article we assessed the utilization of home care by the elderly in Brazil after implementation of the Family Health Strategy (FHS). Data were derived from a cross-sectional study in a southern city in Brazil. Using the Chi-square test and a logistic regression with different levels of determination, we tested the hypothesis that the FHS increased the utilization of home care compared with utilization under the Traditional Primary Health Care (TPHC) system. We interviewed 1593 residents aged 60 years and older. Home care utilization under the FHS was 2.7 times the rate of utilization under the TPHC (95% confidence interval=1.5, 4.7; P=.001), and utilization increased among the older group, the less educated, those with history of hospitalization, and those with functional limitations. Improvement in access to care resulted in greater utilization of home care. Our findings have policy implications that include expanding the coverage of the FHS throughout big cities where coverage is limited. These findings are important because the population is aging and the family strategy operates in poorer areas; thus, it can promote equity in access to home health care among the elderly. In the second article the objective was to assess factors associated with home health care for the elderly and its characteristics based on different care models, the Family Health Strategy and Traditional primary care. It also describes the forms of access, the professionals who provide the care, the elderly satisfaction and health status after receiving care. Poisson regression model was used for estimating crude and adjusted prevalence ratios, their related 95% confidence intervals and p-values (Wald test). Home health care was statistically associated with prior history of stroke, signs of dementia and disability in activities of daily living. The family was requested 75% of home care visits. Medical doctors provided most of the care in Traditional primary care settings while nursing staff provided most care within the Family Health strategy. Approximately 78% of the elderly received care within 24 hours after the request and 95% of them positively evaluated the care received. Two thirds of the elderly reported improved health status after receiving home care. The variables associated with home health care were consistent with vulnerability indicators included in the Brazilian National Health Policy for the Elderly, reinforcing the role of this strategy for promoting equitable health care to elderly population. Users' satisfaction and the positive impact on their health status support home as a setting for providing care. The objective of the third article was to review the literature in search for tools and indicators proposed for the study of quality assessment of care for the elderly at home. Nineteen articles were selected for inclusion in the analysis. Two instruments are highlighted in the study of quality home care: the Outcome and Assessment Information Set and the Minimum Data Set - Home Care. The hospitalization rate, functional capacity and pain control indicators were used in both instruments to assess quality. This review may help the discussion about the relevance in the development of specific instruments and appropriate indicators to assess home care provided in primary health care, mainly due to the expansion and consolidation of family health strategy.

Keywords: Quality Indicators, Health Care. Primary Health Care. Home Nursing. Family Health Program. Health Services. Accessibility. Cross-Sectional Studies. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Teórico.....	42
Figura 2. Mapa da área urbana de Bagé e distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Bagé, 2007.....	78
Figura 3. Área da Unidade Básica Ivo Ferronato, Micro-área 1 e respectivas quadras. Bagé, 2008.....	105
Figuras 4 e 5. Reunião com enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde. Bagé, 2008.....	161
Figuras 6, 7 e 8. Divulgação na imprensa (rádio e jornal). Bagé, 2008.....	162
Figuras 9, 10, 11 e 12. Infra-estrutura, trabalho de campo e coleta de dados. Bagé, 2008.....	163
Figuras 13, 14, 15 e 16. Coleta de dados. Bagé, 2008.....	164
Figuras 17 e 18. Reuniões com entrevistadores e supervisores. Bagé, 2008.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores demográficos e socioeconômicos para Bagé, Rio Grande do Sul e Brasil, 2000	47
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 3. Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre necessidade de assistência domiciliar e diferentes exposições.....	50
Quadro 4. Cálculo tamanho de amostra para estudo de associação entre assistência domiciliar e diferentes exposições.....	50
Quadro 5. Caracterização da assistência domiciliar.....	54
Quadro 6. Variáveis independentes: Necessidade de assistência domiciliar.....	56
Quadro 7. Variáveis independentes: demográficas, socioeconômicas e comportamentais.....	57
Quadro 8. Orçamento inicial do projeto de pesquisa.....	63

SUMÁRIO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
PROJETO DE PESQUISA.....	20
Resumo.....	21
1 Introdução.....	25
1.2 Envelhecimento populacional.....	27
1.2.2 Aspectos epidemiológicos.....	29
1.3 Determinantes da necessidade de assistência domiciliar.....	30
1.3.1 Condições crônicas.....	30
1.3.2 Incapacidade funcional.....	31
1.3.3 Fragilidade.....	33
1.4. Assistência domiciliar de idosos: respostas dos serviços de saúde.....	35
1.4.1. Experiências internacionais.....	35
1.4.2 Experiências brasileiras.....	37
1.4.3 A participação da família e a rede de apoio.....	38
2 Justificativa.....	40
3 Marco Teórico.....	41
Figura 1. Modelo Teórico.....	1
4 Objetivos.....	45
Geral.....	45
Específicos.....	45
5 Hipóteses.....	46
6 Metodologia.....	47
6.1 Delineamento.....	47
6.2 População alvo.....	47
6.2.1 Situação Demográfica e Socioeconômica de Bagé.....	47
6.3 Critérios de inclusão.....	48
6.4 Critérios de exclusão.....	48
6.5 Cálculo do tamanho da amostra.....	49
6.6 Processo de amostragem.....	51
6.7 Instrumentos.....	52
6.7.1.Principais variáveis a serem coletadas.....	53
6.7.1.1 Variável dependente – Necessidade de assistência domiciliar.....	53
6.7.1.2 Variável dependente – Assistência domiciliar.....	53
6.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	58
6.9 Logística e coleta de dados.....	58
6.10 Estudo piloto.....	59
6.11 Controle de qualidade.....	59
6.12 Processamento de dados.....	60
6.13 Análise dos dados.....	60
6.14 Material.....	61
6.15 Aspectos éticos.....	61
7 Cronograma.....	62
8 Divulgação dos Resultados.....	63
9 Orçamento/ financiamento.....	63
10 Referências Bibliográficas.....	64
APÊNDICES.....	71
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	156
1 Introdução.....	157
2 Questionários.....	157

3 Manual de instruções	158
4 Amostragem	158
5 Pessoal envolvido	159
5.1 Coordenador geral	159
5.2 Coordenadoras de campo	159
5.3 Supervisores de campo	160
5.4 Entrevistadores	160
5.5 Digitadores	160
6 Estudo pré-piloto	160
7 Estudo-piloto	160
8 Reuniões com a Secretaria de Saúde de Bagé	161
9 Logística pré-trabalho de campo	161
10 Logística do trabalho de campo	163
10.1 Infra-estrutura	163
11 Planilhas de controle	163
12 Coleta de dados	164
13 Material de campo	165
14 Reuniões com entrevistadores	165
15 Rotina com os questionários	166
15.1 Distribuição do material	166
16 Recebimento, avaliação e codificação complementar dos questionários	166
17 Digitação	166
18 Controle de qualidade	166
18.1 Domiciliar	167
19 Perdas e recusas	167
20 Encerramento do trabalho de campo	167
21 Custos do trabalho de campo	167
22 Tarefas pós-campo	168
22.1 Limpeza do banco e análise dos dados	168
23 Cronograma do trabalho de campo	168
Artigo 1	170
Artigo 2	178
Artigo 3	189
Nota à Imprensa	207
ANEXOS	209
Anexo 1	210
Anexo 2	211
Anexo 3	212

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese é composta pelos seguintes documentos:

1. Projeto de pesquisa
2. Relatório de trabalho de campo
3. Artigo 1 – The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil’s Primary Health Care System (Artigo aceito para publicação no American Journal of Public Health em 03 de fevereiro de 2010. Publicado on-line em 19 de agosto de 2010.).
4. Artigo 2 – Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado (Aceito para publicação na Revista de Saúde Pública em 15 de abril de 2010. Prova do prelo recebida em 2 de setembro de 2010.).
5. Artigo 3 – Avaliação da Qualidade da Assistência Domiciliar a Idosos: revisão da literatura.
6. Resumo para divulgação na imprensa

A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 25 de março de 2008. A banca foi composta pelos professores Iná da Silva dos Santos e Aluísio J.D. Barros e a versão apresentada neste volume inclui as modificações sugeridas pela banca. O trabalho de campo foi realizado na cidade de Bagé, RS, entre 22 de julho e 20 de novembro de 2008.

O estágio de doutoramento foi realizado em Boston, Estados Unidos, na *Harvard School of Public Health* no *Takemi Program in International Health* (Anexos 1 e 2), no período de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010, sob orientação do professor Michael Reich, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (Processo BEX: 3263/08-8 – Anexo 3). Os professores Paul Campbell e Grace Wyshak, do *Department of Global Health and Population* contribuíram com a orientação durante este período.

PROJETO DE PESQUISA

Pelotas, março de 2008.



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



PROJETO DE PESQUISA

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

DOUTORANDA: Elaine Thumé

ORIENTADOR: Luiz Augusto Facchini

Pelotas – RS, 2008

Resumo

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

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

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

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

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MS – Ministério da Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

OMS – Organização Mundial da Saúde

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

URCAMP – Universidade da Região da Campanha

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

DEFINIÇÃO DE TERMOS

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

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

1 Introdução

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

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

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

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

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

1.1 Revisão Bibliográfica

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

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

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

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

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

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

1.2 Envelhecimento populacional

1.2.1 Aspectos demográficos

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Aspectos epidemiológicos

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

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

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

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

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

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

1.3 Determinantes da necessidade de assistência domiciliar

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

1.3.1 Condições crônicas

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

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

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

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

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

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

1.3.2 Incapacidade funcional

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

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

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

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

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

1.3.3 Fragilidade

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

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

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

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

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

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

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

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

A fragilidade é utilizada como marcador sintético de suscetibilidade à morte com efeito multiplicativo no risco de morrer, refletindo predisposições genéticas e efeitos

cumulativos de exposições ambientais. No Canadá, os serviços básicos para os idosos com fragilidade incluem a avaliação das necessidades de saúde com o objetivo de estabelecer um plano de cuidados e manejo individualizado do caso (Hogan, 2003).

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

1.4.1. Experiências internacionais

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

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

Onder (2007), através de uma coorte retrospectiva, verificou diferenças entre a admissão em casas geriátricas ao comparar diferentes modelos de atenção domiciliar prestado aos idosos em onze países europeus. O modelo chamado de “caso gerenciado”, adotado na Finlândia, Irlanda, Itália, Suécia e no Reino Unido, inclui a integração de serviços sociais e de saúde de diferentes níveis de complexidade e equipe multiprofissional. O modelo tradicional utilizado na República Tcheca, Dinamarca, França, Alemanha, Holanda e Noruega, está baseado somente na assistência domiciliar prestada pelo serviço de saúde, sem articulação com outros serviços ou níveis de complexidade. Após um ano de acompanhamento dos idosos, foi verificado menor admissão em casa geriátrica, numa razão de odds=0,56 (IC_{95%}=0,43–0,63), entre àqueles

que estavam sob o modelo “caso gerenciado”. Estes achados justificam a adoção de modelos que consideram as particularidades das necessidades sociais e de saúde de cada idoso, que podem ser avaliadas através de instrumentos como o Minimum Data Set – Home Care (MDS–HC) (Morris, 1997; Landi, 2000 ; Sorbye, 2005; Onder, 2007).

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

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

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

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

1.4.2 Experiências brasileiras

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

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

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

Na PNSPI, os idosos que apresentem alguma dificuldade nas AIVD são considerados com potencial para desenvolver fragilidade e merecem atenção específica dos profissionais de saúde, devendo ser acompanhados pelas equipes de saúde com maior frequência, inclusive em seu domicílio (MS, 2006d).

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

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

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

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

1.4.3 A participação da família e a rede de apoio

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

Portanto, a organização de uma rede comunitária de cuidados teria o potencial de melhorar a qualidade de vida, a capacidade funcional e a autonomia dos idosos, prevenindo seu ingresso em ILPI (Silvestre & Costa, 2003). Também é fundamental para o êxito do trabalho dos profissionais da UBS da área. Neste caso, a interação da

equipe de saúde com o idoso e sua família, através de ações educativas e assistenciais, poderá potencializar a resolubilidade do sistema informal de cuidado domiciliar.

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

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

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

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

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

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

2 Justificativa

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

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

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

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

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

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

3 Marco Teórico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

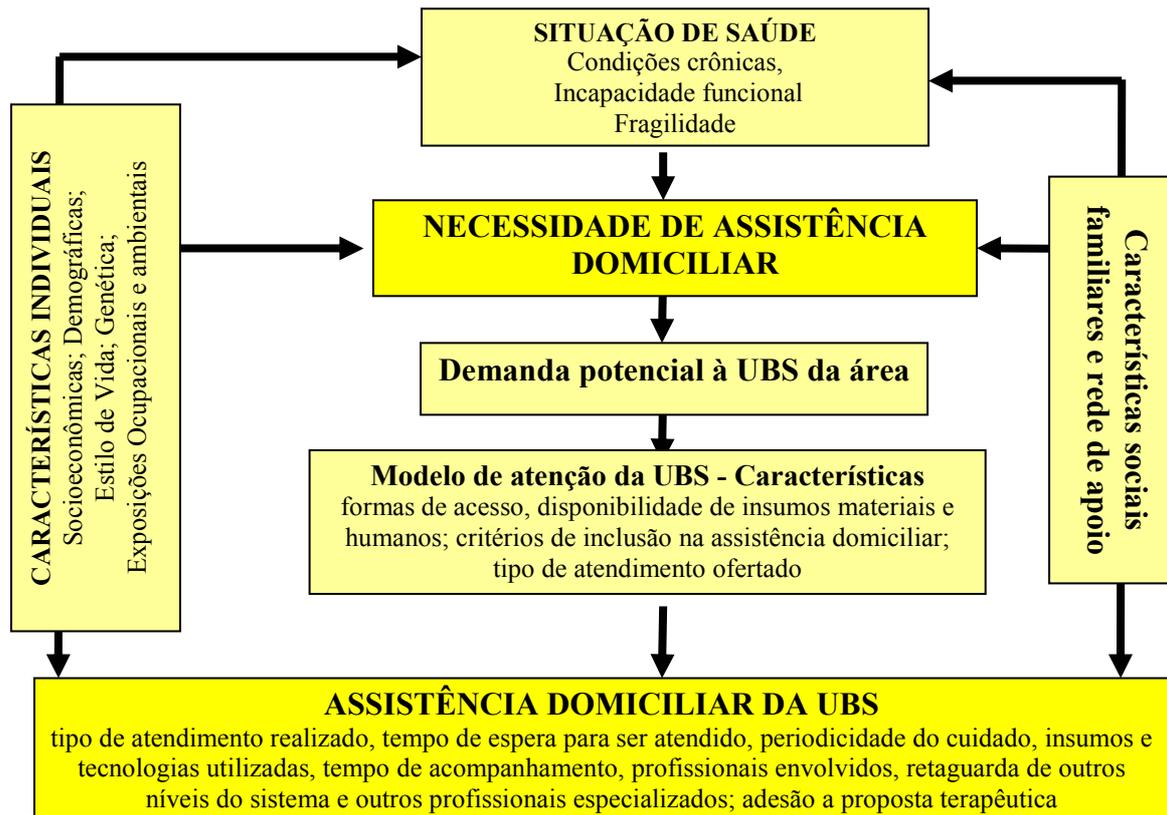


Figura 1. Modelo Teórico

4 Objetivos

Geral

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

Específicos

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

5 Hipóteses

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

6 Metodologia

6.1 Delineamento

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

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

6.2 População alvo

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

6.2 1 Situação Demográfica e Socioeconômica de Bagé

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

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

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

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

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

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

6.3 Critérios de inclusão

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

6.4 Critérios de exclusão

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

6.5 Cálculo do tamanho da amostra

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

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

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

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

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

- **Estudo de associações**

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6 Processo de amostragem

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

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

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

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

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

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

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

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

6.7 Instrumentos

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

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

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

6.7.1.Principais variáveis a serem coletadas

6.7.1.1 Variável dependente – Necessidade de assistência domiciliar

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

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

6.7.1.2 Variável dependente – Assistência domiciliar

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

Quadro 5. Caracterização da assistência domiciliar.

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

Cont. Quadro 5. Caracterização da assistência domiciliar.

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

Quadro 6. Variáveis independentes: Necessidade de assistência domiciliar

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

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

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

6.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores

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

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

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

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

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

6.9 Logística e coleta de dados

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

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

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

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

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

6.10 Estudo piloto

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

6.11 Controle de qualidade

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

6.12 Processamento de dados

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

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

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

6.13 Análise dos dados

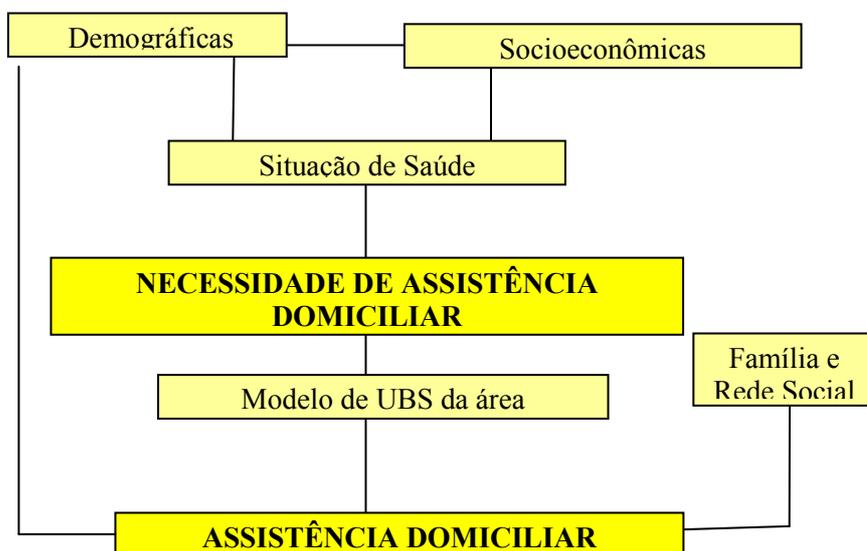
A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 9.0. Na análise inicial, algumas variáveis serão transformadas em categóricas ordinais. A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão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

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

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

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

MODELO DE ANÁLISE



6.14 Material

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

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

6.15 Aspectos éticos

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

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

7 Cronograma

Etapa	2007		2008												2009		2010		
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre	
Revisão bibliográfica																			
Elaboração do projeto																			
Defesa do projeto																			
Preparo dos instrumentos																			
Envio do projeto ao Comitê de Ética da UFPel																			
Amostragem																			
Seleção e treinamento da equipe de campo																			
Estudo-piloto																			
Coleta e digitação dos dados																			
Análise dos dados																			
Redação dos artigos																			
Organização do volume da tese																			
Defesa da tese																			

8 Divulgação dos Resultados

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

9 Orçamento/ financiamento

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

Quadro 8. Orçamento inicial do projeto de pesquisa.

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

10 Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lima-Costa MF. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL M, ALMEIDA FILHO N, eds. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI 2003.

Lima Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):217-28.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 1. Estudos brasileiros com população idosa - perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Achados do estudo
Ramos <i>et al.</i> , 1993	São Paulo, SP	Transversal	1602 idosos com idade \geq 60 anos	Identificar as necessidades de idosos residentes em zona urbana, através de instrumento de avaliação multidimensional com dados sobre utilização de serviços.	Média de idade = 69 anos; 10% tinham mais de 80 anos; 60% eram mulheres; 70% referiram renda < 100 dólares; 35% eram analfabetos (variou de 4% a 60% dependendo da área estudada); 10% moravam sozinhos, 31% moravam com cônjuge e 59% eram domicílios multigeracionais; 86% apresentavam no mínimo uma doença crônica; 53% relataram autonomia para a realização das AVD; 29% precisavam de ajuda para realizar até 3 AVD; 10% precisavam de ajuda para realizar de 4 a 6 AVD; 7% precisavam de ajuda para realizar 7 ou mais AVD e 27% apresentaram algum problema de saúde mental.
Veras, RP, 1994	Rio de Janeiro, RJ	Transversal	738 idosos com idade \geq 60 anos	Medir a prevalência de deficiência cognitiva e depressão e avaliara a situação funcional da população idosa	35% tinham feito pelo menos uma visita a um serviço de saúde durante os 90 dias anteriores a pesquisa, destes 60% retornou para novas consultas; 31% dos idosos acima de 80 anos tinham dificuldade para desempenho de atividades mais difíceis (sair para lugares distantes e tomar ônibus), sendo maior para as mulheres (39%), esta proporção foi de 9% para os idosos entre 60 e 69 anos. Nas tarefas simples, 5% apresentavam incapacidade. 15% apresentavam deficiência cognitiva e 26% depressão.
Coelho Filho, JM & Ramos, LR, 1999	Fortaleza, CE	Transversal	667 idosos com idade \geq 60 anos	Traçar o perfil multidimensional dos idosos de uma área urbana no Nordeste	Média de idade = 70 anos; 15% acima de 80 anos; 66% eram mulheres; 52% eram solteiros ou viúvos (destes, a maioria mulheres = 67%); 75% moravam em domicílio multigeracional e 6% moravam sozinhos (o arranjo domiciliar estava diretamente relacionado com a renda, quanto menor renda maior é a aglomeração); 92% referiram pelo menos uma doença; 26% foram classificados como casos psiquiátricos graves; 48% apresentavam perda de autonomia; 13% necessitavam de ajuda para realizar pelo menos 4 AVD (prevalência de 21% nas áreas mais pobres); 7% foram internados no último ano e 61% procuraram serviços de saúde nos últimos seis meses.

Cont. Quadro 1. Estudos brasileiros com população idosa – perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

Autores e Ano	Local	Delimitação	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Achados do estudo
Veras, R., 2003	Rio de Janeiro, RJ	Transversal, com amostra de conveniência (não-aleatória)	360 idosos com idade ≥ 65 anos	Estruturar uma lógica assistencial que priorizasse os idosos que mais necessitam de cuidados, através da triagem e hierarquização de risco baseado nos estudos de Boulton e colaboradores (1993).	As mulheres apresentaram maior demanda por serviços ambulatoriais (65%). Distribuição por faixa etária: 66% com 65 a 74 anos; 23% com 75 a 79 anos; 8% com 80 a 84 anos; e 3% com 85 anos ou mais. Cerca de 50% consideraram que a sua saúde era média e 8% que consideravam ter uma saúde excelente ou muito boa; 13% relataram ter estado internados ao menos uma vez no ano anterior; 59% reportaram quatro ou mais consultas nos 12 meses anteriores à entrevista.; 25% referiram presença/diagnóstico de diabetes nos últimos 12 meses e 35% doenças cardiovasculares. A maioria dos idosos (81%) contava com algum tipo de apoio social; 76% apresentavam baixo risco de adoecer e 11% risco de médio a alto de adoecer, necessitando utilizar os serviços de saúde de forma mais intensiva. Foi encontrado um risco de fragilização cerca de 3,4 maior entre quem esteve ou não internado nos últimos 12 meses. (RR 3,42; IC 95%: 2,48-4,72 - p < 0,001).
Lima-Costa et al., 2003	Brasil, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998	Transversal	28.943 idosos com idade ≥ 60 anos	Descrever a situação de saúde dos idosos brasileiros através de indicadores das condições de saúde, capacidade funcional, utilização de serviços de saúde e gastos com medicamentos	Média de idade = 69,5 anos; 55,5% eram mulheres. A auto-percepção de saúde como ruim foi de 11% (entre os homens aumentou com a idade); 69% tinham pelo menos uma doença crônica, 44% eram hipertensos; 38% referiram ter artrite ou reumatismo; 19% apresentavam doença do coração; 10% eram diabéticos 8% tinham asma ou bronquite; 7% doença renal crônica; 1% câncer; 2% estavam impossibilitados de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro (2,2% das mulheres e 1,8% dos homens); 4,4% referiram impossibilidade de abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se (5,7% e 2,7% das mulheres e homens), e 6,2% não conseguiram caminhar mais de um quilômetro (7,9 % e 4,2% das mulheres e homens); 14% interromperam atividades por problemas de saúde e 10% estiveram acamados nas duas últimas semanas, e 14% foram hospitalizados no último ano.
Negri, LSA et al., 2004	Espírito Santo	Transversal, com amostra de conveniência (não-aleatória)	103 idosos com idade ≥ 60 anos	Comparar o perfil de risco dos idosos que frequentam duas UBS: uma na zona urbana com demanda espontânea e agendada e outra na zona rural com ESF	As mulheres representaram 57% da demanda; 29% tinham entre 60 e 64 anos; 45% entre 65 e 74 anos; 17% entre 75 e 79 anos e 10% acima de 80 anos; 35% haviam consultado duas a três vezes nos últimos 12 meses e 28% mais de 6 vezes; 15% havia internado uma nos últimos 12 meses e 7% havia internado duas ou 3 vezes. Os principais motivos de internação foram relacionados a diabetes e doenças cardiovasculares. A proporção de idosos que apresentou risco muito alto foi de 56% na zona rural e de 42% na zona urbana. O risco no sexo masculino foi quase duas vezes superior ao feminino.

Cont. Quadro 1. Estudos brasileiros com população idosa - perfil sócio-demográfico e situação de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Achados do estudo
Giacomin, KC et al., 2005	Bambuí, Minas Gerais	Coorte	1.606 idosos com idade ≥ 60 anos	Determinar a prevalência de idosos que necessitam de cuidador na comunidade e os fatores associados a esta necessidade.	Média de idade = 69,3 anos (dp = 7,4 anos). Do total de idosos, 23% necessitavam de cuidador, tendo como critério o relato de incapacidade para realizar pelo menos uma AVD e/ou escore inferior a 13 no exame que avaliava estado mental). A idade, o fato de ser solteiro, história de alcoolismo prévio, hipertensão arterial, obesidade e uso de medicamentos prescritos apresentaram associações positivas e independentes com a necessidade de cuidador. A escolaridade, a renda familiar, viver só, ter taxa de colesterol $> 240\text{mmHg}$ e ter plano de saúde apresentaram associações negativas e independentes. Os autores concluem que a necessidade de cuidador estava associada com as piores condições socioeconômicas e de saúde.
Piccini et al., 2006	41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do RS, SC, AL, PE, PB, RN e PI	Transversal	4.003 idosos com idade ≥ 65 anos Sul = 1891 Nordeste=2112	Avaliar a efetividade na oferta e na utilização dos serviços de atenção básica para a população idosa	Média de idade = 74 anos; 60% eram mulheres; 40% eram casados(as) ou viviam com companheiro(a); a proporção de analfabetos variou de 21% (Sul – UBS Tradicionais) a 42% (Nordeste – USF); a média de moradores por domicílios foi de 2,7 no Sul e 3,8 na região nordeste. No Nordeste, 28% dos idosos eram incapazes de sair de casa desacompanhados; 26% necessitavam de ajuda para caminhar uma quadra e 36% de auxílio para subir um lance de escada.. (No Sul, estes percentuais foram de 18%, 17% e 26%). A proporção de idosos com necessidade de cuidado domiciliar no Nordeste foi de 24% na área da UBS Tradicionais e 25% nas do PSF, sem diferenças significativas entre os modelos de atenção. No Sul, houve diferença, a prevalência de necessidade de cuidado no PSF foi de 19% enquanto nas Tradicionais ficou em 11%. Um terço dos idosos respondeu que considerava boa, muito boa ou excelente, independente da região.
Lebrão ML & Laurenti R, 2005	São Paulo, SP Projeto SABE		2.143 idosos com 60 anos ou mais	Coletar informações sobre condições de vida dos idosos residentes na zona urbana do município de São Paulo e avaliar diferenciais de coorte, gênero e socioeconômicos com relação ao estado de saúde, acesso e utilização de cuidados de saúde	As mulheres representaram 58,6% da amostra, os imigrantes eram 8,7%, 62,6% viveram por cinco anos ou mais na área rural até os quinze anos de vida. Cerca de 13% dos idosos viviam sós. Pela avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), 6,9% apresentavam deterioração cognitiva. Através da Escala de Depressão Geriátrica foi verificado que cerca de 18% apresentava sinais de depressão. As auto-avaliações de saúde mostram que 53,8% dos entrevistados consideraram a sua saúde regular ou má. Dentre as doenças mais frequentes estavam a hipertensão (53,3%); a artrite/artrose/reumatismo (31,7%) e diabetes (17,9%). A grande maioria dos idosos não apresentou dificuldades nas atividades básicas de vida diária (80,7%), e entre aqueles que apresentaram, a maioria tinha dificuldades em uma ou duas atividades.

APÊNDICE 2

Quadro 2. Estudos sobre o cuidado domiciliar, perfil dos idosos, principais morbidades e características dos cuidadores.

Referência	Local	Delineamento	Amostra e "n"	Objetivo	Resultados
Onder, G et al, 2007	República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Suécia, Reino Unido	Estudo de coorte retrospectivo	Idosos com 65 anos ou mais, cadastrados em programa de cuidados domiciliares por profissionais de saúde "caso gerenciado" = 1.184 idosos; Abordagem tradicional = 2.108	Explorar o risco de institucionalização de idosos sob diferentes abordagens de cuidado domiciliar	Média de idade = 82,3 anos ± 7,3; 73,6% eram mulheres. Não houve diferença no número de horas de ajuda domiciliar, visita de enfermagem, ajuda de voluntários e de intervenções de reabilitação, incluindo a fisioterapia, nos diferentes modelos de atenção domiciliar. Após controle para os potenciais fatores de confusão, o risco de admissão em casas geriátricas foi menor nos participantes cujos países adotam o modelo de "caso gerenciado" do que no grupo de países com abordagem tradicional; OR = 0,56 (IC 95%=0,43-0,63).
Toussignant, M et al, 2006	Canadá	Transversal	8.434 idosos com 65 anos ou mais, cadastrados em 19 Centros Públicos de Serviços de Cuidado Domiciliar comunitário	Descrever o perfil de capacidade funcional e comparar o nível de adequação entre a necessidade de cuidado e o cuidado efetivamente recebido	Média de idade = 80,4 anos ± 7,6 anos; 68% eram mulheres; 46% apresentavam problemas com AIVD; em 36% as incapacidades motoras predominavam; 14% das incapacidades eram relacionadas com problemas mentais; e 4% tinham um perfil de incapacidades severas associadas com incapacidades leves. O percentual de adequação entre o serviço requerido e o prestado pelos serviços foi de 8,3%, com variação entre 4,8% e 15,2%.
Sahen, KG, 2006	Suécia	Ensaio randomizado	Idosos com 75 anos ou mais, saudáveis, vivendo na comunidade Grupo intervenção = 196 Grupo controle = 346	Investigar se visitas domiciliares preventivas realizadas por profissionais da saúde podem reduzir a mortalidade	Intervenção= 4 visitas domiciliares em 2 anos (1 a cada 6 meses). Grupo intervenção: média de idade= 79,7± 3,9; 55% eram mulheres e 56% tinham entre 75 e 80 anos; Grupo controle: média de idade = 79,8 anos ± 4,3; 56,5% eram mulheres e 59,5 tinham entre 75 e 80 anos. Durante a intervenção, a mortalidade foi de 27/1000 no grupo intervenção e 48/1000 no grupo controle. A razão de incidência para o grupo controle na análise para "intenção de tratar" foi de 1,79 (IC95% = 0,94-3,40). A diferença foi significativa na análise incluindo apenas os que efetivamente receberam a intervenção (RR= 2,31; IC95% = 1,07-5,02). Após o fim da intervenção a diferença entre os grupos desapareceu.

Cont. Quadro 2. Estudos sobre do cuidado domiciliar, perfil dos idosos, principais morbidades e características dos cuidadores.

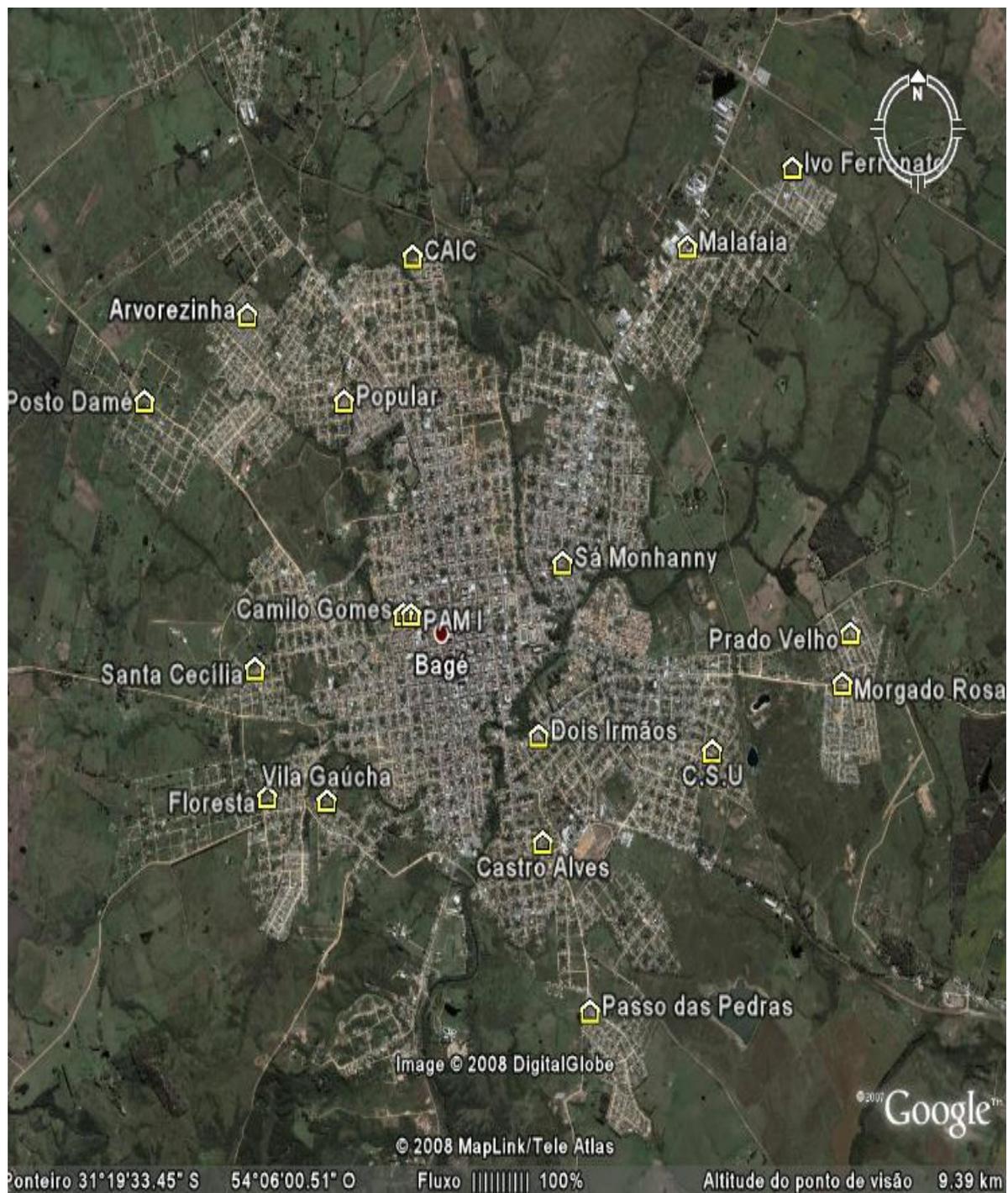
Referência	Local	Delineamento	Amostra e "n"	Objetivo	Resultados
Kamenski, G et al., 2006	Austria	Transversal, com duas observações (1997 e 2004)	Pessoas sob cuidado domiciliar cadastradas por médicos comunitários 1997 = 198 pessoas e 11 médicos 2004 = 261 pessoas e 13 médicos	Identificar os diagnósticos que demandaram de cuidado domiciliar e descrever o perfil de capacidade funcional dos pacientes inscritos no programa.	1997 - Média de idade = $77,2 \pm 17,5$ anos; 72% eram mulheres; 56% viúvos; 86% eram cuidados por parentes e 14% por profissionais de serviços de saúde; 43% precisavam de ajuda para movimentar-se; 23% estavam acamados; 49% eram incontinentes; 88% mantinham capacidade de comunicação e 29% tomavam os medicamentos sozinhos. 2004 - Média de idade = $79,9 \pm 13,7$ anos; 70% eram mulheres; 53% viúvos; 85% eram cuidados por parentes e 38% por profissionais de serviços de saúde; 57% precisavam de ajuda para movimentar-se; 10% estavam acamados; 35% eram incontinentes; 89% mantinham capacidade de comunicação e 45% tomavam os medicamentos sozinhos. As doenças do sistema nervoso central eram responsáveis por 65% de todos os casos (Alzheimer e doenças oclusivas cerebrovasculares) que requeriam cuidados domiciliares; e 53% dos casos estava relacionado a doenças degenerativas do sistema esquelético; o diabetes como causa de necessidade de cuidado aumentou de 11% em 1997 para 19% em 2004
Ottenbacher, KJ et al., 2005	EUA, estados do Texas, Novo México, Colorado, Arizona e Califórnia	Coorte prospectiva	621 idosos com idade \geq a 65 anos vivendo na comunidade	Identificar características sociodemográficas e variáveis de desempenho de saúde associadas com fragilidade em idosos.	Nos homens, o modelo preditor de incapacidade incluiu quatro variáveis: força dos membros superiores, incapacidade nas atividades da vida diária, existência de co-morbidades e escore status mental ($R^2 = 0,37$). Nas mulheres, o modelo de regressão logística incluiu três variáveis: força dos membros inferiores, incapacidade (atividades da vida diária) e IMC ($R^2 = 0,29$). No acompanhamento um ano após, 83% dos homens e 79% das mulheres foram corretamente classificadas como frágeis.
Segura Noguera, JM et al., 2003	Espanha	Coorte de base em serviço de atenção primária à saúde	Doentes crônicos (n=1357) incluídos no programa de atenção domiciliar entre maio de 1994 e dezembro de 2002.	Descrever a população de doentes crônicos atendidos no domicílio durante os primeiros 10 anos de funcionamento do programa de atenção domiciliar e estudar a frequência de utilização e analisar a sobrevivência das pessoas atendidas.	Média de idade = 82 anos \pm 11 anos (com diferenças significativas entre homens e mulheres - 77 e 84 anos, respectivamente); 68 eram mulheres; 51% eram viúvos. Entre os casados a maioria eram homens (61%) e as mulheres os solteiros as mulheres (69%); 11% eram totalmente dependentes para todas as AVD (índice de Katz) e 20% tinham severas alterações cognitivas. A demanda por cuidado domiciliar foi na maioria das vezes solicitada por familiares (61%). As visitas domiciliares duraram entre 15 e 30 minutos. Os cuidados eram realizados predominantemente por mulheres e com relação ao grau de parentesco, 31% eram filhas / filhos; 18% cônjuges; 3% eram pais; 4% vizinhos; 12% outros familiares e em 24% eram pessoas remuneradas. As enfermeiras realizaram entre 4 a 6 visitas /ano e os médicos de 2 a 3 visitas / ano, com tendência crescente com o passar dos anos. A cobertura vacinal contra gripe tem atingido a meta de 70% e houve um incremento na vacinação contra tétano de 15% para 65% no período estudado. Os motivos de alta no programa ocorreram por ingresso em instituição geriátrica (14%), mudança de endereço (10%); recuperaram autonomia (9%) e por falecimento (42%). Houve perda de acompanhamento para 6% dos casos.

Cont. Quadro 2. Estudos sobre do cuidado domiciliar, perfil dos idosos, principais morbidades e características dos cuidadores.

Referência	Local	Delineamento	Amostra e “n”	Objetivo	Resultados
Requena-López, A. et al., 2001	Espanha	Transversal descritivo (estudo de demanda de programa)	Todos os pacientes (n=151) incluídos no programa de atenção domiciliar durante o ano de 2000	Descrever os resultados do primeiro ano de funcionamento de uma equipe de suporte ao cuidado domiciliar	Média de idade = 80 anos (variou entre 16 a 100 anos); 63% eram mulheres. Principais doenças: neurológicas (37%) neoplásicas (35%). A equipe de atenção primária captou 88% dos casos e acompanhou 44%, principalmente os pacientes imobilizados. Em 14% os casos foram acompanhados pela equipe de suporte ao cuidado domiciliar. As duas equipes acompanharam conjuntamente 38% dos casos. Mais de metade (53%) dos óbitos ocorreram no domicílio.

APÊNDICE 3

Figura 2. Mapa da área urbana de Bagé e distribuição das Unidades Básicas de Saúde. Bagé, 2007.



APÊNDICE 4

	Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Centro de Pesquisas Epidemiológicas QUESTIONÁRIO - IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE	NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
IDENTIFICAÇÃO		
Número do(a) entrevistador (a): __ __		NUENT __ __
Unidade Básica de Saúde: __ __		UBS __ __
Número da micro-área: __ __		MICRO __ __
Número da quadra: __ __		QUADRA __ __
Número do domicílio: __ __ __		DOM __ __ __
Número da Pessoa no domicílio: __ __		NPED __ __
Data da entrevista: __ __ / __ __ / 2008		
Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ hs		
Endereço? _____		
Telefone para contato: (__) _____		
ATENÇÃO ENTREVISTADOR: NÃO PERGUNTAR, APENAS OBSERVAR		
1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena		CORPEL __
2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino		SEXO __
INICIAR ENTREVISTA: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
3. Qual é o seu nome?		
4. Qual é a sua idade? __ __ __ (anos completos)		IDADE
5. Qual é sua data de nascimento? __ / __ / __ __ __		DN __ __ __ __
PERGUNTAR AO ENTREVISTADO		
6. Qual é o seu peso atual? __ __ __ , __ kg (888,8) NSA (999,9) IGN		PEK __ __ __ , __
7. Qual é a sua altura? __ __ __ cm (888) NSA (999) IGN		ALTC __ __ __
8. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN		CORAUT __
9. Na sua opinião, qual a cor da minha pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) IGN		CORENT __
10. O(a) Sr.(a) freqüentou a escola? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 12 (1) Sim (9) IGN		FREQESC __
11. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Série: _____ GRAU: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA (9) IGN		SERESTA __ __
12. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9) IGN		LERESC __
13. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9) IGN		TRABULTM __

14. O(A) Sr. (a) é aposentado(a)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 16 (1) Sim (9) IGN	APOS __
15. Com qual idade o(a) Sr. (a) se aposentou? __ __ anos (88)NSA (99)IGN	IDAPOS __ __
16. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) - PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18	SITCONJ__
17. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? (anos completos) (888)NSA (999)IGN	IDESPA __ __ -
18. O(A) Sr. (a) tem ou teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 20 (1) Sim (99)IGN	FILHO__
19. Se SIM, quantos? __ __ (número de filhos homens) __ __ (número de filhas mulheres) (88)NSA (99)IGN	FILQTH__ FILQTM__
20. A casa em que o Sr(a) mora é: (0) Própria (1) Alugada (2) De um parente ou de amigo. Qual? (9) IGN	CASAPR__ CASAPRQ__
21. O(A) Sr. (a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24	MORSOZ__
22. Além do Sr. (a), quantas pessoas moram nesta casa? pessoas (88)NSA	QTSMOR__ __
23. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr. (a)? Esposo(a) / companheiro(a) (0) Não (1) Sim (8)NSA Pai (0) Não (1) Sim (8)NSA Mãe (0) Não (1) Sim (8)NSA Neto(a)s (0) Não (1) Sim (8)NSA Sogro / Sogra (0) Não (1) Sim (8)NSA Filho(s) / filha(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Irmão(s) /irmã(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros familiares (0) Não (1) Sim (8)NSA Empregado(s) (0) Não (1) Sim (8)NSA Outros:	ESPMO__ PAIMO__ MAEMO__ NETOMO__ SOGMO__ FILHOMO__ IRMOR__ OUTMO__ EMPMO__ OUMO
24. O(A) Sr. (a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, longos períodos de tempo - ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho (9) IGN	FTCARSOZ__
25. O(A) Sr. (a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia? Bengala (0)Não (1)Sim Andador (0)Não (1)Sim Cadeira de rodas (0)Não (1)Sim Aparelho auditivo (no ouvido) (0)Não (1)Sim Dentadura na parte superior (0)Não (1)Sim Dentadura na parte inferior (0)Não (1)Sim Prótese de fêmur (0)Não (1)Sim Colchão de espuma com pontinhas (piramidal) (0)Não (1)Sim Almofada de ar para cadeira ou cama (0)Não (1)Sim Outro(s):	USABENG__ USAAND__ USACADR__ USAAPARAUD__ USADENTSUP__ USADENTINF__ USAPROTFEM__ USACOP__ USAALM__ USAOUT__
26. Como o(a) Sr. (a) considera sua saúde? MOSTRAR AS CARINHAS! (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN	ISAUD__
27. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (9) IGN	ISAUDH__

28. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (9) IGN	ISAUOUT__
29. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à sua vida em geral? (0) Insatisfeito (1) Satisfeito - pule para pergunta 31 (9) IGN	ISENT __
30. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida. (Anotar até 3 motivos). (1) Problema econômico (de dívidas, pouco dinheiro); (2) Problema de saúde; (3) Problema de moradia; (4) Problema de transporte (não tem como sair de casa); (5) Conflito nos relacionamentos pessoais; (6) Falta de atividade (7) Outro problema _____ (8)NSA (9) IGN	IMDIMP1__ IMDIMP2__ IMDIMP3__
31. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a), em serviço de urgência (SAMU, Pronto Socorro)? (0) Não (1) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN	CONM3__ __
32. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a) em serviços que não foram de urgência? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 34 (1) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN	CONMA__ __ CONNUEZ__ __
33. SE SIM, a última vez que o(a) Sr. (a) consultou foi no? (01) Posto de saúde (02) Médico particular (03) Médico conveniado (04) Outro _____ (88)NSA (99) IGN	LOCONUV__ __
34. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem pressão alta? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 36 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99) IGN	HASREF__ HASTEMA__ __ HASTEEM__
35. O(A) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	HREMED__
36. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 38 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99) IGN	DIAREF__ DIATEMA__ __ DIATEMM__ __
37. O(A) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para diabetes? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	DIAREMED__
38. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 40 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99) IGN	PULREF__ PULTEMA__ __ PULTEMM__ __
39. O(A) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	PULREMD__
40. Neste ano (2008) o(a) Sr. (a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não. Por que não? _____ (1) Sim. Onde? _____ (9) IGN	VACGRIPE__ VACNÃOPO__ VACONDE__
41. <NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr. (a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VACTET__
42. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem problema no coração? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 44 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99) IGN	CORREF__ CORTEMA__ __ CORTEMM__ __
43. O(A) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema no coração? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	CORREMED__
44. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) teve derrame ou AVC?	DERREF

(0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	DERTEMA ___ ___ DERTEMM ___ ___
45. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem doença na coluna? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	COLREF ___ ___ COLTEMA ___ ___ COLTEMM ___ ___
46. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem reumatismo, artrite ou artrose? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	RAAREF ___ ___ RAATEMA ___ ___ RAATEMM ___ ___
47. Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tem problema nos rins? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	RIAREF ___ ___ RIATEMA ___ ___ RIATEMM ___ ___
48. O(A) Sr.(a) está fazendo hemodiálise? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	HEMOD ___ ___ HEMTEMA ___ ___ HEMTEMM ___ ___
49. Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) estava com câncer? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (88)NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99) IGN Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (88)NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99) IGN	CAREF ___ ___ CATEMA1 ___ ___ CATEM1 ___ ___ CALUG1 ___ ___ CATEMA2 ___ ___ CATEM2 ___ ___ CALUG2 ___ ___
50. Atualmente o(a) Sr.(a) está fazendo algum tratamento para câncer? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (8)NSA (9) IGN	TCAREF ___ ___ TCATEMA ___ ___ TCATEMM ___ ___
51. SE SIM, qual tratamento? (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Outro _____ (8)NSA (9) IGN	TIPOTRATCA ___
52. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) teve que amputar alguma parte do seu corpo? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses Que parte do corpo? _____ (9) IGN	AMPREF ___ ___ AMPTEMA ___ ___ AMPTEMM ___ ___ AMPLUG ___ ___
53. O(A) Sr.(a) tem problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente (não dá tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (9) IGN	INCURIN ___
54. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> com que frequência isso aconteceu? (1) Uma ou duas vezes por dia (2) Mais de duas vezes por dia (3) Uma ou duas vezes por semana (4) Mais do que duas vezes por semana (5) Uma ou duas vezes por mês (6) Mais de duas vezes por mês (8)NSA (9) IGN	FREINCURIN ___
55. Devido ao seu problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente o(a) Sr.(a) tem que usar fralda (forro,absorvente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (8)NSA (9) IGN	PROPERUR ___
56. SE SIM, o(a) Sr.(a) usa fralda (forro,absorvente): (1) Só para sair (2) Somente para dormir (3) Durante todo tempo (8)NSA (9) IGN	FRALDA ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIO (MEDICAMENTOS)	
57. Agora vamos falar sobre qualquer remédio que o (a) Sr (a) tenha usado <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>. Pode ser remédio para dor de cabeça, pressão alta ou outro remédio que use sempre ou só de vez em quando. <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>, o (a) Sr.(a) usou algum remédio?	TOREMED ___

(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 65 (1) Sim (9) IGN							
58. O (A) Sr(a) poderia trazer as caixas ou embalagens de todos os remédios que tomou <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>?							
(88)NSA							
MEDICAMENTO (NOME)	Há quantos dias está tomando?	Quantas vezes por dia?	Quantos usa no mesmo horário?	Quantas vezes esqueceu de tomar?	Para qual motivo está usando?	Funciona 1-Muito bem 2-Bem 3-Não muito bem	MEDIC1__
							TEMPMEDM1__
1. _____	-- mês -- dia						TEMPMEDD1__
2. _____	-- mês -- dia						VEZDIAMED1__
3. _____	-- mês -- dia						VEZESQMED1__
4. _____	-- mês -- dia						MOTIVMED1__
5. _____	-- mês -- dia						FUNCIMED1__
6. _____	-- mês -- dia						MEDIC2__
7. _____	-- mês -- dia						TEMPMEDM2__
8. _____	-- mês -- dia						TEMPMEDD2__
9. _____	-- mês -- dia						VEZDIAMED2__
10. _____	-- mês -- dia						VEZESQMED2__
							MOTIVMED2__
							FUNCIMED2__
							MEDIC3__
							TEMPMEDM3__
							TEMPMEDD3__
							VEZDIAMED3__
							VEZESQMED3__
							MOTIVMED3__
							FUNCIMED3__
							MEDIC4__
							TEMPMEDM4__
							TEMPMEDD4__
							VEZDIAMED4__
							VEZESQMED4__
							MOTIVMED4__
							FUNCIMED4__
							MEDIC5__
							TEMPMEDM5__
							TEMPMEDD5__
							VEZDIAMED5__
							VEZESQMED5__
							MOTIVMED5__
							FUNCIMED5__
							MEDIC6__
							TEMPMEDM6__
							TEMPMEDD6__
							VEZDIAMED6__
							VEZESQMED6__
							MOTIVMED6__
							FUNCIMED6__
Número total de medicamentos: __ __							NUTOMED__ __
59. Algum dos remédios incomoda o (a) Sr.(a) de alguma forma?							
(0) Não - PULA PARA 61 (1) Sim (8)NSA (9)IGN							
REMEDINC__							
60. Pode me dizer qual(is) remédios(s) (quanto e como incomoda o Sr. (a))?							
Nome do Remédio	O quanto ele incomoda o Sr. (a)?			Em que ele incomoda o Sr. (a)			
	Muito	Um pouco	Não muito				
1. _____						REMED1__	
2. _____						INCREMED1__	
3. _____						QINCOMED1__	
						REMED2__	
						INCREMED2__	
						QINCOMED2__	
						REMED3__	
						INCREMED3__	
						QINCOMED3__	

4. _____ _____					REMED4____ INCREMED4____ QINCOMED4____
5. _____ _____					REMED5____ INCREMED5____ QINCOMED5____
61. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é "muito difícil", "um pouco difícil" ou se "não é difícil" fazer cada uma das tarefas.					
Tarefa	Muito difícil	Um pouco difícil	Não é difícil	Comentários (quais remédios)	
1. Retirar o remédio da embalagem					RETREM____
2. Ler a embalagem do remédio					LERREM____
3. Lembrar de tomar todos os remédios					LEMBREM____
4. Conseguir repor os remédios a tempo					CONSREM____
5. Tomar muitos remédios ao mesmo tempo					TOMUREM____
62. Como o(a) Sr.(a) consegue estes remédios na maioria das vezes? (1) No Posto de Saúde. Qual? _____ (2) Na Secretaria Municipal de Saúde (3) Tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64 (4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63 (5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN					REMAVZ____ REMAVZPS____
63. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>? R\$: _____ (8888,88)NSA (9999,99)IGN					REMPOMP____ _____'____
64. Teve algum remédio que o (a) Sr.(a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS> e não conseguiu? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN					RETONC____
65. O(A) Sr.(a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS> até agora? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9)IGN					QUEULTA____
66. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes (88)NSA (99)IGN					QUEVZA____
67. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9)IGN					FRAT____
68. SE SIM - Quantas vezes? _____ vezes (88)NSA (99)IGN					FRATVZA____
69. Desde <4 ANOS ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9)IGN					INT4ANO____
70. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN					INT4AVZ____
71. Desde < 1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 74 (1) Sim (9)IGN					INTEULTA____
72. SE SIM, qual o motivo da última internação? _____ (8)NSA (9)IGN					INTMOT____
73. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN					INTULTMVZ____
74. Desde <1 ANO ATRAS>, o(a) Sr.(a) precisou passar a noite em algum hospital em observação (como paciente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 76 (1) Sim (9)IGN					NOIHOSUA____
75. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN					NOIHOSVZ
76. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou para os olhos, com especialista de olhos, médico ou técnico? (excluindo os exames para fazer ou renovar carteira de motorista) (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 78 (1) Sim (9)IGN					CONSOLHOS____

<p>77. Quando foi a última vez que o(a) Sr. (a) consultou para os olhos?</p> <p>(0) Há menos de 1 ano (1) Entre 1 e 5 anos atrás (2) Há mais de 5 anos (9) Não lembra há quanto tempo _____ (8)NSA (9)IGN</p>	VICONSOLHT__
<p>78. O(A) Sr. (a) usa óculos ou lente de contato?</p> <p>(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 80 (1) Sim - Há quanto tempo? _____ anos (99)IGN</p>	VISOCLEN__ VITEOCLEN__
<p>79. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN</p>	VIOCLENMED__
<p>80. O(A) Sr. (a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente)</p> <p style="text-align: center;"><i>MOSTRAR CARINHAS!</i></p> <p>(1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN</p>	VISAO__
<p>81. A sua visão atrapalha o(a) Sr. (a) para fazer as coisas que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9)IGN</p>	VIATRP__
<p>82. Como o(a) Sr. (a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos)</p> <p style="text-align: center;"><i>MOSTRAR CARINHAS!</i></p> <p>(1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9)IGN</p>	AUDI__
<p>83. O(A) Sr. (a) usa aparelho para ouvir?</p> <p>(0) Não (1) Sim, há quanto tempo? _____ (meses) (9)IGN</p>	AUDIAP__ AUDIAPTE__
<p>84. A sua audição atrapalha o(a) Sr. (a) para as atividades que o(a) Sr. (a) precisa ou quer fazer?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9)IGN</p>	AUDIATRP__
<p>85. Como o(a) Sr. (a) considera a situação da sua boca?</p> <p style="text-align: center;"><i>MOSTRAR CARINHAS!</i></p> <p>(1)ótima (2)boa (3)regular (4)ruim (5)péssima (9)IGN</p>	ODCA__
<p>86. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou com um dentista?</p> <p>(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 90 (1) Sim (9)IGN</p>	ODCONS__
<p>87. Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista?</p> <p>(1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo _____ (8)NSA (9)IGN</p>	ODCAULT__
<p>88. Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr. (a) consultou com o dentista?</p> <p>(0) Rotina/manutenção (1) Estava com dor (2) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (3) Estava com cárie/restauração/obturação (4) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (5) Estava com o rosto inchado (6) Precisava fazer tratamento de canal (7) Precisava arrancar algum dente (8) Tinha que fazer uma dentadura nova (9) Outros _____ (88)NSA (99)IGN</p>	ODMOTC1__ ODMOTC2__ ODMOTC3__
<p>89. Onde o(a) Sr. (a) consultou com o dentista?</p> <p>(0) No Posto de Saúde - Qual? _____ (1) Dentista particular (2) Ambulatório de sindicato ou empresa (3) Dentista conveniado (9) Outro _____ (88)NSA (99)IGN</p>	ODLOC__ PSQUAL__
<p>90. O(A) Sr. (a) tem algum problema ou dificuldade para mastigar os alimentos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9)IGN</p>	ODIFMAS__
<p>91. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr. (a) precisou ficar na cama (esteve acamado) ?</p> <p>(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 93 (1) Sim (9)IGN</p>	ACAM30D__
<p>92. Por quanto tempo ficou acamado? __ __ (meses) __ __ (dias) (88)NSA (99)IGN</p>	TEMACM__ TEMACD__

93. O(A) Sr. (a) alguma vez recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa? (0) Não → PULAR PARA QUESTÃO 96 (1) Sim (9) IGN	VISACS__
94. SE SIM, o(a) Sr. (a) recebeu visita do ACS em sua casa no: <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> (0) Não (1) Sim, __ __ vezes (8) NSA (9) IGN <DESDE 3 MESES ATRÁS> (0) Não (1) Sim, __ __ vezes (8) NSA (9) IGN	VACS30D__ VACS30DV__ __ VACS3M__ VACS3M__ __
95. Quais das atividades que eu vou ler, o ACS fez na sua casa?	
Preencheu uma ficha para seu cadastro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CAD__
Perguntou sobre sua situação de saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	SITSAU__
Perguntou sobre uso de medicamentos (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	USOMED__
Entregou medicações ou material de curativo (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ENTMED__
Orientou sobre vacinas (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	VACONS__
Orientou sobre a importância da limpeza da boca e da prótese (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ORITBOCA__
Deu orientações sobre cuidados com a saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ORITSAU__
Agendou consulta (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	AGENDCONS
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA	
96. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:	
Consulta médica? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECONMED__
Assistência social? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECASSISOC__
Fisioterapia? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECFIS__
Atendimento do dentista? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECATDENT__
Atendimento de enfermagem? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECATENF__
Verificação da pressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECATA__
Curativo? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECCUR__
Injeção? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECINJ__
Aplicação de vacina contra gripe? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECVAC__
Nebulização? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECNEB__
Sondagem vesical? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECSONVES__
Foi coletado material para exames (ex: sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RECOLEX__
Outro: _____	RECOU__
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97, 98 e 99; SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100	
97. Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?	
Estava acamado (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MOTADAC__
Estava com dificuldade de caminhar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MOTADDL__
Sua situação de saúde tinha piorado (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MOTADSP__
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MOTADSP__
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MOTADNA__
Outro: _____	MOTIVOU
98. Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde <3 MESES ATRÁS>? __ __ Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? __ __ Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? __ __ (88) NSA (99) IGN	
99. O(A) Sr. (a) recebeu o atendimento de algum:	
Profissional do posto de saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	REPROPSAU__
Profissional particular (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	REPROFPAR__
Profissional do convênio (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	REPPROCON__
De algum familiar seu (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	REFAMILIAR__
De algum vizinho ou amigo (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	REVIZAMIGO__
Outro: _____	REAOUT__
100. Foi solicitado o atendimento em casa desde <3 MESES ATRÁS>? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN	
SOLAD__	
101. Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa?	
O serviço não faz atendimento em casa (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADNF__

Não tem profissional para atender em casa	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADNTP__
O serviço não tem telefone ou não funciona	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADNTT__
Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADNTC__
Teve medo de solicitar e não ser atendido	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADTM__
Porque melhorou	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONSADMEL__
Outro: _____		MONSADOUT__
102. SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa?		
(0) Posto de Saúde. Qual? _____		ONSOLAD__
(1) Na Secretaria Municipal de Saúde		PSQUAL__
(2) No SAMU		SADOUT__
(3) No convênio ou plano de saúde		
(4) Em ambulatório ou serviço particular		
(5) Outro: _____ (8) NSA (9) IGN		
103. SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa?		
O Sr. (a) mesmo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSOLS__
Algum familiar seu	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSOLF__
Algum vizinho ou amigo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSOLV__
O Agente Comunitário de Saúde	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSOLACS__
Outro: _____		ADSLOU__
104. SE SIM: Como fez para solicitar?		
Através do telefone	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FSOADSE__
Algum familiar ou vizinho foi até o serviço	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FSOLSER__
Pediu para o ACS	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FSOLACS__
Outro: _____		FSOLOU__
105. O(A) Sr. (a) recebeu o atendimento solicitado?		
(0) Não - PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8) NSA (9) IGN		RECEBEU__
106. Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa?		
__ __ (dias) (88) NSA (99) IGN		QTSOLAD__
107. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez?		
<i>MOstrar CARINHAS!</i>		
(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA (9) IGN		OPINTEAD__
108. SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido?		
Não conseguiu ficha no serviço	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADF__
O serviço não atende em casa	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNF__
Não teve resposta do serviço	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNR__
O serviço não tinha profissional para atender	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNTP__
O serviço estava fechado	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADPF__
Precisava pagar e não tinha dinheiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADNPP__
O telefone estava sempre ocupado	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MONRADTO__
() Outro: _____		MONRADOU__
109. SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde?		
(1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou		PRENROQAC__
() Outro: _____ (8) NSA (9) IGN		
PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM QUESTÃO 126		
110. Quantas vezes o(a) Sr. (a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...		
Posto de Saúde do seu bairro: __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSB__
Quantas vezes no último mês? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSBUM__
Quantas na última semana? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSBUS__
Posto de Saúde de outro bairro:		
Qual? _____ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSOB__
Quantas vezes no último mês? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSOBUM__
Quantas vezes na última semana? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVPSOBUS__
SAMU: __ __ vezes		ADQVSAMU__
Quantas vezes no último mês? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVSAMUM__
Quantas vezes na última semana? __ __ (88) NSA (99) IGN		ADQVSAMUUS__

Outro: _____	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUT ___
Quantas vezes no último mês? ___	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUTUM ___
Quantas vezes na última semana? ___	(88)NSA (99)IGN	ADQVOUTUS ___
AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA		
111. Quais os profissionais que lhe atenderam em casa desta última vez?		
Enfermeiro	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVENF ___
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVTENF ___
Médico	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVMED ___
Dentista	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVOD ___
Fisioterapeuta	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVFIS ___
Nutricionista	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVNUT ___
Psicólogo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVPSI ___
Educador Físico	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVEDFI ___
Fonoaudiólogo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVFON ___
Assistente Social	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVASS ___
Estudante(s)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADUVEST ___
Outro: _____		ADUVOUT ___
112. O que foi feito com o(a) Sr.(a) durante o atendimento em casa desta última vez?		
Consulta médica	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCMED ___
Fizeram fisioterapia	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADFISIO ___
Consulta de enfermagem	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCENF ___
Curativo	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADCUR ___
Nebulização	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADNEB ___
Aplicaram injeção	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMEDIN ___
Mediram a pressão arterial	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMPA ___
Mediram a temperatura	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADMTEM ___
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADTBOL ___
Colocaram / trocaram sonda uretral	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADTSON ___
Colocaram / trocaram sonda nasogástrica / naso-enteral	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADSNG ___
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADDAS ___
Aplicaram vacina contra gripe	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADVACG ___
Aplicaram vacina contra o tétano	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADVACT ___
Limpeza dos dentes	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADLIMPD ___
Obturação de dente	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADOBD ___
Extração de dente (arrancar)	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADEXD ___
Ajuste ou confecção de prótese, pivô, dentadura	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ADPPD ___
Outro _____		ADOUT ___
113. O(A) Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento?		
(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 115 (1) Sim (8) NSA (9) IGN		PEACAD ___
114. Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:		
Diário	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	READDI ___
1 vez por semana	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	READUVS ___
2 ou mais vezes por semana	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	READDVS ___
1 vez a cada quinze dias	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	READUQD ___
1 vez por mês	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	READUVM ___
Outra: _____		READOUT ___
115. Durante este atendimento foi?		
Encaminhado para o hospital	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ENCHOS ___
Encaminhado para especialista	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ENCESP ___
Solicitado exame	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	SOLEX ___
Prescrito novo medicamento	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	PRESNM ___
Orientado sobre cuidados de saúde	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DISPMAT ___
Deixado material ou equipamento	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DEIXMAT ___
Se SIM, aplicar a 116, se NÃO pular para 117		
116. Quais os materiais ou equipamentos que a equipe do Posto de Saúde deixou na sua casa para o seu atendimento?		
(0) gaze		MATEQD1 ___
(1) seringa		MATEQD2 ___
(2) medicamentos		MATEQD3 ___
(3) algodão		MATEQD4 ___
(4) esparadrapo		

(5) luvas (6) sonda vesical () Outros: _____ (8) NSA (9) IGN	
117. O(A) Sr.(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	RECEXPOT__
118. O(A) Sr.(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 120 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	GADICA__
119. Se SIM: Quanto gastou? R\$ _____, ____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN	GADIQT_ _ _ _ , _ _ _ _
120. O (A) Sr.(a) recebeu alguma receita de remédio neste último atendimento em casa? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	RECRECUAC__
121. O (A) Sr.(a) conseguiu os remédios pelo SUS? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CONPREMSUS__
122. SE NÃO: O(A) Sr(a) comprou algum remédio? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	COMPREM__
123. SE COMPROU: Quanto gastou? R\$: _____, ____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN	QUANTOGAS_ _ _ _ , _ _ _ _
124. Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez? MOSTRAR CARINHAS! (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA (9) IGN	OPIADUV__
125. Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o (a) Sr.(a) considera que seu problema: (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (8) NSA (9) IGN	AADPROB__
A SEGUIR VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR	
126. Quando o(a) Sr.(a) vai tomar seu banho: (2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo	IBANHO__
127. Quando o(a) Sr.(a) vai se vestir: (2) Não recebe ajuda (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos) (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)	IVESTIR__
128. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	ITOALET__
129. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama	ICADEIR__
130. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr.(a): (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	ICAMIN__
131. Para se alimentar (para comer): (2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar	IALIMEN__

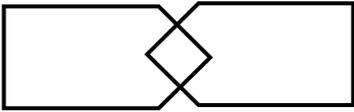
manteiga no pão (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda	
132. Para usar o telefone o(a) Sr.(a) ? (2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho	ITELEF __
133. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr.(a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho	ISAIR __
134. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	ICOMPR __
135. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho	ICOMIDA __
136. Para arrumar sua casa, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho	ILIMPEZ __
137. Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	IOBJPEQ __
138. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	IREMED __
139. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	IDINHE __
140. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	ICAQUA __
141. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue subir sozinho	ILANCE __
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE A QUESTÃO 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.	
142. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda na maioria das tarefas que o precisa? (1) Companheiro(a); esposo(a) - SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (2) Filho(a) - SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO! (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago - APLIQUE QUESTÃO 143 (6) Acompanhante não pago - PULE PARA QUESTÃO 144 (7) Outro _____ (8)NSA (9)IGN	RECAJU __
143. Se paga, quanto o(a) Sr.(a) paga por mês? R\$ _____, _____ (reais) (888888)NSA (999999)IGN	PAGME - - - - , - -
144. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr.(a) recebe de ajuda durante o dia? ____ (horas) ____ (min) (00) menos de 1 hora (88)NSA (99)IGN	TEAJHD ____ TEAJMD ____
RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO	
145. Durante uma semana normal, nos <ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de	SAIUCASA

casa (fora do prédio)? (0) Não saiu nenhum dia (1) Saiu todos os dias (2) Saiu 1 vez por semana (3) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9) IGN	
146. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 148 (1) Sim (2) Não tem família - PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9) IGN	VISFAM2S ___
147. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9) IGN	VISFAMFR ___
148. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 150 (1) Sim (8)NSA (9) IGN	FAMVIS2S ___
149. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9) IGN	FAMVISFR ___
150. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9) IGN	VISAMI2S ___
151. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9) IGN	VISAMFR ___
152. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9) IGN	AMVIS2S ___
153. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9) IGN	AMVISFR ___
154. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9) IGN	TELAM2S ___
155. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9) IGN	TELAMFR ___
156. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece ao Sr.(a)? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJFAMOFD</i> ___ Moradia (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJFAMOFM</i> ___ Companhia / cuidado pessoal (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJFAMOFc</i> ___ Outro: _____ <i>TIAJFAMOFO</i> ___	
157. Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado). Dinheiro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJOFFAMD</i> ___ Moradia (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJOFFAMM</i> ___ Companhia / cuidado pessoal (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>TIAJOFFAMC</i> ___ Outro: _____ <i>TIAJOFFAMO</i> ___	
158. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos? (8) O(A) entrevistado(a) diz não ter amigos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN	SATISRELAM ___
159. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos (8) Entrevistado(a) diz não ter relação com os vizinhos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN	SATISRELVIZ ___
160. O(A) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9) IGN	ANIESTI ___
161. SE SIM, QUAL? Gato (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>ANIESTI1</i> ___ Cachorro (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>ANIESTI2</i> ___ Passarinho (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>ANIESTI3</i> ___ Cavalo (0)Não (1)Sim (8)NSA (9) IGN <i>ANIESTI4</i> ___	

Outro: _____	OUTANIESTI
162. <NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr. (a) recebeu visita de alguma destas pessoas? Vizinhos/ amigos (0) Não (1) Sim (9) IGN RECVISVIZAM ___ Irmão(ã) (0) Não (1) Sim (9) IGN RECVISIR ___ Filho(a) - SE NÃO TIVER NÃO PERGUNTAR! (0) Não (1) Sim (9) IGN RECVISF ___ Outros familiares (sobrinhos, netos) (0) Não (1) Sim (9) IGN RECVISOURFA ___ Outros: _____ RECVISOUT ___	
163. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr. (a) assistiu televisão? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 166 (1) Sim (9) IGN ASSISTV ___	
164. Quando o(a) Sr. (a) assiste televisão, o que gosta de ver? Filme (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN ASSISTV1 ___ Novela (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN ASSISTV2 ___ Noticiário (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN ASSISTV3 ___ Jogos (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN ASSISTV4 ___ Outro: _____ ASSISTVO ___	
165. Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr. (a) costuma assistir televisão? ___ horas ___ min (88) NSA (99) IGN HORTVDIA ___ MINTVDIA ___	
166. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr. (a) fez alguma destas atividades? Foi a missa ou culto na igreja (0) Não (1) Sim (9) IGN MISSA ___ Participou de festa na comunidade (0) Não (1) Sim (9) IGN FESCOM ___ Participou de festa da família (0) Não (1) Sim (9) IGN FESFA ___ Participou de alguma oficina ou grupo (0) Não (1) Sim (9) IGN OFIMI ___ Participou de algum baile (0) Não (1) Sim (9) IGN BAILE ___ Viajou para outra cidade (0) Não (1) Sim (9) IGN VIAJ ___ Viajou de excursão (0) Não (1) Sim (9) IGN EXC ___ Foi a algum velório ou enterro (0) Não (1) Sim (9) IGN VELENT ___	
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA	
167. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr. (a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. ___ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169 (9) IGN CAMDIA ___	
168. Nos dias em que o(a) Sr. (a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr. (a) caminhou por dia? ___ minutos p/dia (888) NSA (999) IGN MINCA ___	
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	
169. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr. (a) fez atividades FORTES, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ... ___ dias/semana (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171 (9) IGN FORDIA ___	
170. Nos dias em que o(a) Sr. (a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr. (a) fez atividades fortes por dia? ___ minutos p/dia (888) NSA (999) IGN MINFOR ___	
171. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr. (a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ___ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 (9) IGN IMEDIA ___	
172. Nos dias em que o(a) Sr. (a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr. (a) fez atividades médias por dia? ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos p/dia (888) NSA (999) IGN IMIND ___	

173. Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (1) Menor (2) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (3) Maior (9) IGN	MAFPAS __
174. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico? (88)NSA (99)IGN	MMOTIV__ __
175. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não- PULE PARA A QUESTÃO 182 (1) Sim (9) IGN	RECORAFANO__
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	
176. Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação? (01) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (02) Ambulatório público (SUS ou faculdade) (03) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa (04) Consultório particular/plano de saúde (05) Academia (06) Meios de comunicação (jornal, revista, internet, rádio, televisão) () Outro (88)NSA (99)IGN	MONREC__ __
177. Quem lhe orientou? (01) Médico(a) (02) Professor(a) de Educação física (03) Nutricionista (04) Fisioterapeuta (05) Enfermeiro(a) () Outro (88)NSA (99)IGN	MQUEMOR__ __
178. Qual atividade física foi orientada? (01) Caminhada (02) Corrida (03) Hidroginástica (04) Natação () Outro (88)NSA (99)IGN	MQAFOR__ __
179. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ser feita? (0) Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MORVEZSEM __
180. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ter? (0) Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN	MORTEMP __
181. Depois das orientações recebidas, sua atividade física: (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Não mudou (8)NSA (9)IGN	MMUD __
182. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (0) Não → PULE PARA QUESTÃO 184 (1) Sim (9)IGN	MPROCOR__
183. Se sim: Onde? (01) Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, rádio) (02) Serviço de saúde (03) Academia (04) Trabalho (05) Outro (88)NSA (99)IGN	MONDPROC__ __
184. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos ____ meses (9)IGN	FUMO __ TPAFA __ __ TPAFM __ __
185. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? __ __ anos __ __ meses (88)NSA (99)IGN	TFUMA __ __ TFUMM __ __
186. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? __ __ cigarros (88)NSA (99)IGN	CIGDI __ __

187. O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não - PULE PARA QUESTÃO 192 (9)IGN	BEAL30D ___ CRBBALC ___
188. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9)IGN	CAGE1 ___ CRCAG1 ___
189. As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9)IGN	CAGE2 ___ CRCAG2 ___
190. O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9)IGN	CAGE3 ___ CRCAG3 ___
191. O(A) Sr.(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não (8)NSA (9)IGN	CAGE4 ___ CRCAG4 ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS	
192. O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Não (1) Sim ISATIS ___
193. O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não (1) Sim IINTER ___
194. O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não (1) Sim IVAZIA ___
195. O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?	(0) Não (1) Sim IABORR ___
196. O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim IHUMOR ___
197. O(A) Sr.(a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?	(0) Não (1) Sim IMEDO ___
198. O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim IFELIZ ___
199. O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não (1) Sim ISAIDA ___
200. O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não (1) Sim IPREFE ___
201. O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não (1) Sim IMEMOR ___
202. O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo(a)?	(0) Não (1) Sim IVIVO ___
203. O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não (1) Sim INUTIL ___
204. O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(0) Não (1) Sim IENER ___
205. O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não (1) Sim ISEMES ___
206. O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr.(a) ?	(0) Não (1) Sim IMELHO ___
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.	
207. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? O dia da semana: _____ O dia do mês: _____ O mês: _____ O ano: _____ A hora aproximada: _____:_____	DIAS ___ DIAM ___ MÊS ___ ANO ___ HORA ___ OTEMP ___
208. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? A cidade () Bagé () outra () não sabe O bairro: _____ () outro () não sabe O estado () RS () outro () não sabe O país () Brasil () outro () não sabe A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE:	CIDADE ___ BAIRRO ___ ESTADO ___ PAIS ___ PEÇA ___

Em que lado da sua casa estamos? _____ ()outro ()não sabe	OESPA
209. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe	CARRO ___ VASO ___ TIJOLO ___
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ O INDIVÍDUO APRENDER AS TRÊS PALAVRAS (5 TENTATIVAS)	
210. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é: 1. 100 - 7: _____ 2. 93 - 7: _____ 3. 86 - 7: _____ 4. 79 - 7: _____ 5. 72 - 7: _____	CONTA ___
211. O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe	CARRO1 ___ VASO1 ___ TIJOLO1
212. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR> Um lápis (padrão): () lápis () outro Um relógio de pulso () relógio () outro	LAPIS ___ RELO
213. Eu vou dizer uma frase: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". O(A) Sr.(a) poderia repetir? () repetiu () não repetiu	REPET ___
214. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E SOMENTE DEPOIS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS. Pegue este papel com a mão direita ()cumpruiu ()não cumpruiu Dobre ao meio com as duas mãos ()cumpruiu ()não cumpruiu Coloque o papel no chão ()cumpruiu ()não cumpruiu	ETAPA1 ___ ETAPA2 ___ ETAPA3 ___
215. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) Sr.(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil. <i>MOSTRAR A FRASE NA CARTELA "FECHE OS OLHOS"</i> () realizou tarefa () não realizou tarefa () outro	LEI ___
216. O(A) Sr.(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: <i>ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR (ANTES DO DESENHO)</i>	FRASE ___
217. E para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr.(a) copiasse esse desenho: <i>MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO</i>	PRAXIA ___
ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE	TOTAL ___
	
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
218. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem: Aspirador de pó? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ASP ___

Máquina de lavar roupa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	LAV__
Videocassete ou DVD? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VDVD__
Geladeira? (0) Não (1) Sim (9) IGN	GEL__
Freezer ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim (9) IGN	FRDU__
Forno de microondas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	MICR__
Microcomputador? (0) Não (1) Sim (9) IGN	MICROCOMP__
Telefone fixo? (convencional) (0) Não (1) Sim (9) IGN	TELFIX
219. Na sua casa, o(a) Sr. (a) tem...? Quantos?	
Rádio (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	RAD__
Televisão preto e branco (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVPB__
Televisão colorida (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	TVCOL__
Automóvel (somente de uso particular) (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	AUT__
220. Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) SIM, quantos? __	EMPDOM__ EMPDOMQT__
221. Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99) IGN	QTMOCASA__ __
222. Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99) IGN	QTPECDOR__ __
223. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). __ __ banheiros (99) IGN	QTBANCA__ __
224. Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	ESCPESMREND__
225. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 2: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 3: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 4: R\$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 5: R\$ __ __ __ __ __ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN	BRF1__ __ __ __ __ BRF2__ __ __ __ __ BRF3__ __ __ __ __ BRF4__ __ __ __ __ BRF5__ __ __ __ __
226. A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ __ __ __ __ __ por mês (99999) IGN	OUTFREN__ OUTQT__ __ __ __ __
PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	QUERESP__
Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs	

ENCERRE O QUESTIONÁRIO E AGRADEÇA A COLABORAÇÃO



Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar a assistência domiciliar a idosos prestada pelos serviços de atenção básica à saúde no município de Bagé e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Bagé, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3º piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS

Fone/Fax: (053) 32841300



Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bagé, julho de 2008.

Prezado Sr(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar a assistência domiciliar prestada aos idosos pelos serviços de atenção básica à saúde. Todas as informações serão coletadas através de um questionário e terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais. Sua participação é muito importante para podermos conhecer a situação de saúde da população com mais de 60 anos de Bagé.

Gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar e caso concorde em participar do estudo solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo,.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone 9981-0702 com Elaine Thumé.

Atenciosamente,

Elaine Thumé
Coordenadora da Pesquisa

Rua Marechal Deodoro, N° 1160 - 3° piso - CEP 96020-220- Pelotas/RS
Fone/Fax: (053) 32841300



APÊNDICE 5

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social

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

Pelotas, 21 de julho de 2008.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população idosa. O(A) Sr.(a) é uma das pessoas de Bagé que farão parte desta importante pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre os serviços de saúde, com especial interesse na Atenção Básica à Saúde.

O(a) Sr.(a) está recebendo a visita de um dos Entrevistador do estudo, que irá lhe explicar detalhes sobre o projeto e respondendo a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Todos(as) nossos(as) entrevistadores(as) foram capacitados(as) para esta função e usam um crachá de identificação. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder todas as perguntas, que são essenciais para o estudo. Nós temos a preocupação em realizar a pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto caso não possa responder às perguntas no momento que o entrevistador(a) lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista.

Os dados coletados nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores. Em hipótese alguma o nome do(a) Sr.(a) ou qualquer outra pessoa que responder ao questionário será divulgado. Caso se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la. É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois o Sr.(a) não poderá ser substituído(a) por outra pessoa.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração,

Elaine Thumé
Coordenadora do Projeto

Contatos do Estudo: Lúcia Vieira, Bruna Mendes e Eliane Tibola
Secretaria Executiva do Estudo:
Centro do Idoso – SMS de Bagé
E-mail: ethume@uol.com.br
Telefone: 53-9981-0702



APÊNDICE 6

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

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

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Doutoranda: Elaine Thumé

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Doutorado em Epidemiologia

Pelotas – RS, 2008

1 ORIENTAÇÕES GERAIS

- Este manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas, portanto deve estar sempre com você. Recorra ao manual de instruções sempre que surgir alguma dúvida. Não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.
- Procure apresentar-se de uma forma simples e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador.
- **Esteja sempre com o seu crachá de identificação.** Se necessário mostre sua carta de apresentação, ou ainda forneça o número do telefone da Lúcia Vieira (Luca) – 9126 6181 ou da Elaine Thumé – 9981-0702 ou da Secretaria Municipal de Saúde de Bagé - 3247-7250.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação em recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Muito cuidado com os CÃES. Às vezes, eles MORDEM!
- É importante ressaltar que você não quer vender nada.
- Informe que o domicílio foi escolhido e não pode ser trocado por outro

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde;
- planilha da área;
- crachá e carteira de identidade;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- consentimento informado
- manual de instruções;
- questionários;
- lápis, borracha, apontador, e sacos plásticos;

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

2 PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- **Os questionários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções.** Os formulários de controle serão preenchidos a caneta, sempre de cor azul.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois. Faça um cinco bem diferente do nove. O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Neste caso, faça um traço diagonal no bloco que está sendo pulado e siga em frente. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que voltar ao local da entrevista.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1940.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Peça para que repita a resposta, se necessário. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- **Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo um número rodeado por um círculo na margem direita da folha.** Repita o número no pé ou no verso da página e escreva o seu comentário. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pelo entrevistado, ou pelo fato dele ter se mostrado particularmente inseguro ou hesitante ao responder.

- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- As instruções nos questionários que estão em MAIÚSCULAS servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado. As frases e palavras em negrito devem ser lidas.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.

3 LOCALIZAÇÃO DOS DOMICÍLIOS

Domicílio:

Domicílio é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

Família:

Considerar uma **família** como sendo constituída por todos aqueles que dormem no domicílio e compartilham a comida preparada na mesma cozinha. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

4 ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

Área de abrangência é a unidade geográfica de referência. Foi definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Bagé e compreende a área sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde do local, podendo fazer variar bastante seu tamanho em função da aglomeração. Neste estudo, serão consideradas apenas as UBS urbanas.

Identificação do ponto inicial:

Ao receber a área de abrangência do supervisor, o ponto inicial já estará identificado. Na figura abaixo está um exemplo, com oito quarteirões (quadras), numerados de 1 a 8. Através de sorteio, o quarteirão 3 foi escolhido; as letras A a D no quarteirão representam as esquinas, e a letra B foi sorteada. Assim, nesta área, o entrevistador deverá se dirigir ao ponto B e procurar o domicílio mais próximo para iniciar as entrevistas.

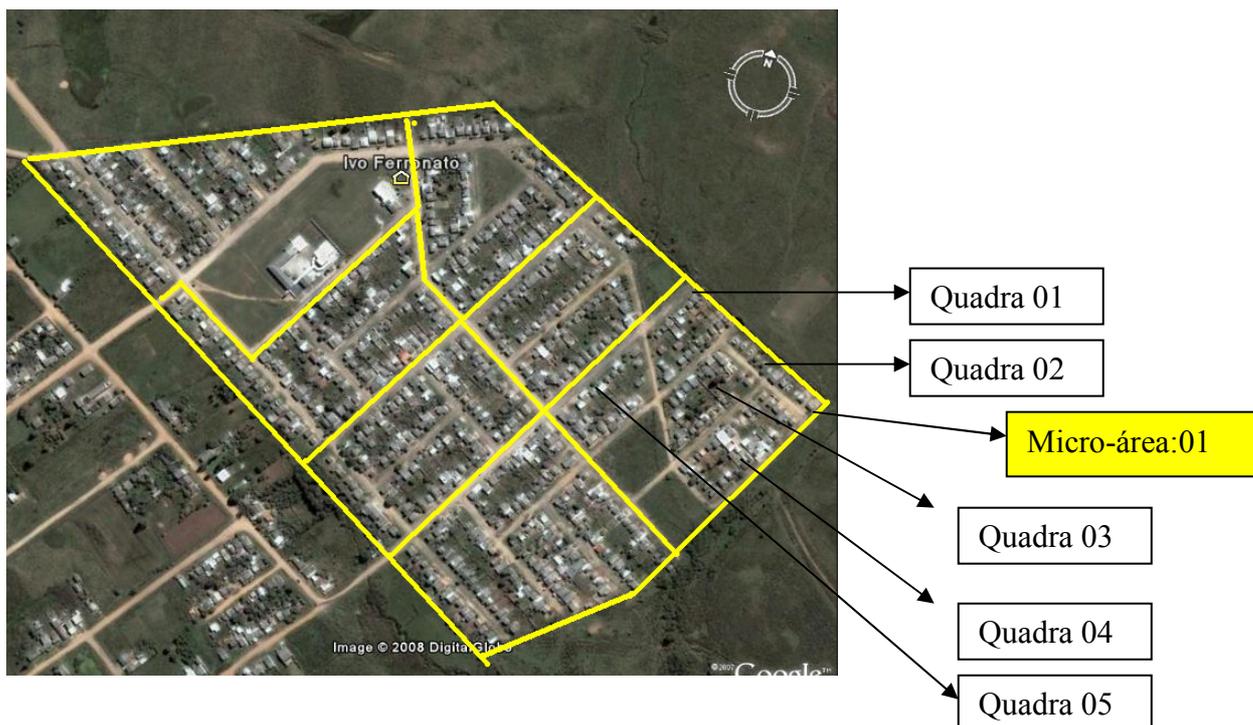


Figura 3. Área da Unidade Básica Ivo Ferronato, Micro-área 1 e respectivas quadras. Bagé, 2008.

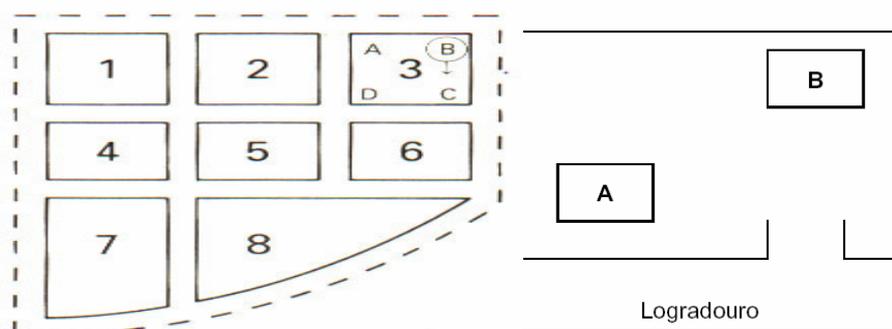
Ao interior de cada micro-área a divisão é por quadra. Ao interior de cada quadra sortear o ponto de início (de acordo com o exemplo acima – de A a D no caso de uma quadra) e o domicílio sorteado será o domicílio 01. Ao interior do domicílio teremos indivíduos 01, 02 ou mais. Anotar na planilha o endereço e o número de indivíduos em cada domicílio.

DEFINIR SENTIDO DE MOVIMENTAÇÃO DENTRO DA MICRO-ÁREA

Situações especiais na localização dos domicílios:

- apartamentos

Identificação dos domicílios:



Conforme o desenho acima, existem duas construções não-anexas, com separação física e com entradas independentes. Se no domicílio A mora um casal e no domicílio B mora um parente, que é aposentado e vive do seu próprio dinheiro, o entrevistador deve considerar o domicílio B como complementar de A e realizar a pesquisa naquele em que recaiu o pulo. O outro deve ser considerado no próximo pulo, se for o caso.

No entanto, se ficar caracterizado que o indivíduo que mora no domicílio B é “sustentado” pelos moradores de A, deve-se considerar o domicílio B como extensão de A, ou seja, como um único domicílio, e realizar a entrevista considerando todos os idosos como moradores de A.

Quando a empregada doméstica morar na casa do patrão e estiver acompanhada do marido e/ou filho(a), atentar para o seguinte:

- a) será considerada como uma outra família (além da família do patrão) somente quando o marido ou filho(a) da empregada doméstica trabalharem fora do domicílio;
- b) caso o marido e/ou o filho(a) trabalharem no domicílio ou estiverem inativos, a empregada doméstica e os demais deverão ser considerados como sendo parte da família do patrão.

ATENÇÃO: No caso da casa ser de comércio e não morar ninguém ela não deve ser considerada como domicílio e não será contada no pulo. Se a casa estiver desocupada e/ou para alugar sem ninguém morando dentro também não deve ser considerada no pulo. SÓ CONTAR NO PULO AS CASAS QUE ESTIVEREM SENDO USADAS COMO DOMICÍLIO. No caso de edifícios apenas os apartamentos ocupados devem ser contados no pulo.

5 ABORDAGEM– FLUXOGRAMA

- Quando chegar na frente da casa a ser visitada, você deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-lo. Se necessário, bater palmas e / ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- SE VOCÊ FOI ATENDIDO:
- APRESENTE-SE → APRESENTAÇÃO 1: Bom dia / Boa tarde, meu nome é ___ e estou trabalhando em uma pesquisa sobre a população idosa de Bagé. Esta pesquisa está sendo feita pela Universidade Federal de Pelotas.

- Trate os entrevistados por senhora (Sra) ou senhor (Sr), pois você não tem qualquer intimidade com eles. Só mude este tratamento se ele / ela pedir para ser tratado de outra forma.
- Em seguida, pergunte sobre elegíveis (moradores com 60 anos ou mais), se houver, anote na folha de setor, começando pelo mais novo morador elegível.
- SEM ELEGÍVEIS:
 - Agradeça e pule para a próxima residência.
- ELEGÍVEL PRESENTE E COM AUTONOMIA:
 - Convide-o a participar da pesquisa, explicando que sua participação é de extrema importância e também que os dados são sigilosos.
 - ACEITOU → ler os termos do consentimento (verso da cartela) e solicitar sua assinatura. Pegar o questionário, completar com os dados de identificação e iniciar a entrevista.
 - Encerre a entrevista, agradeça e vá à residência seguinte, respeitando o pulo.
 - NÃO ACEITOU → Anota na planilha e retorna mais uma vez no dia seguinte; não aceitando na segunda tentativa, passe para o supervisor, caso ele reverta, entregar o consentimento informado e seguir os passos acima. Se recusar pela 3ª vez, registre a recusa na planilha.
- ELEGÍVEL PRESENTE E SEM AUTONOMIA:
 - Aplique o questionário com o informante-chave, se o mesmo concordar em responder. QUEM ASSINA O TERMO É O INFORMANTE-CHAVE.
- ELEGÍVEL AUSENTE:
 - Agende a entrevista, retorne no dia e horário combinados, solicite o consentimento e siga os passos acima.
 - Caso não consiga agendar em duas tentativas, comunique o supervisor; se ele reverter aplique o questionário, se não, aplique ao informante-chave.
- SE VOCÊ NÃO FOI ATENDIDO:
 - Bata na casa dos vizinhos, perguntando sobre elegíveis no domicílio identificado; se o vizinho confirmar, conte o domicílio como elegível e

anote o endereço na planilha da área. Tente saber o melhor horário para encontrar pelo menos um dos elegíveis em casa. Retorne mais tarde.

- AO RETORNAR:
 - Se for atendido confirme as informações dadas pelo vizinho, obtenha o consentimento informado e aplique os instrumentos.
 - Se não for atendido novamente, passe para o supervisor.
- Se for possível entrevistar um dos elegíveis, fazê-lo no momento e voltar para entrevistar o(s) outro(s).

RECUSAS

- As recusas são um problema muito grande do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.
- A maioria das recusas é reversível, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente, ou de uma abordagem incorreta. Possivelmente, em um outro momento a pessoa aceite responder o questionário. Na primeira recusa, tente agendar um outro encontro. Tente preencher, no mínimo, os dados de identificação (sexo, idade) com a pessoa ou com algum familiar.
- NÃO desistir antes de mais uma tentativa em dias e/ou horários diferentes. Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Em caso de recusa nestas três tentativas, anotar na folha de setor e passe a informação para seu supervisor.

O supervisor, então, tenta uma última vez, confirma a recusa e encerra o questionário.

6 CONSENTIMENTO INFORMADO

Havendo a disposição da pessoa em participar, a etapa seguinte é muito importante – obter o **consentimento informado**. É necessário explicar os itens a seguir a cada um que vai responder o questionário e fazer com que a pessoa assine o termo de consentimento.

Explicar que:

1. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e da URCAMP.

2. Esta pesquisa tem por objetivo estudar como as pessoas estão precisando e utilizando os diferentes serviços oferecidos pelos sistemas de saúde, público e particular.
3. Participar do estudo significa somente responder a um questionário com perguntas sobre a sua saúde e o uso de serviços.
4. Todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas**. A análise dos dados será feita sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais.
5. Da mesma forma, nenhuma informação individual será repassada para o posto ou para a Secretaria de Saúde.
6. A participação é **voluntária**, e todos têm o direito de não participar do estudo.
7. Não há qualquer responsabilidade por parte de quem responde, nem qualquer custo.

Após estas explicações, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta do entrevistado. Só então pedir que ele assine o termo, junto com o entrevistador.

Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.

7 DURANTE AS ENTREVISTAS:

- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Chame o entrevistado **sempre** pelo nome (p. ex., Dona Joana, Seu Paulo). Jamais chame alguém de tio, tia, avô, mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de quando em quando faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.

Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer das entrevistas. As suas sugestões são importantes para aprimorar o trabalho do grupo.

8 PLANILHA DA ÁREA

- A planilha da área deve ser preenchida ao localizar o domicílio com pessoas elegíveis.
- Havendo a localização do domicílio anotar o número de idosos elegíveis e a medida em que forem entrevistados anotar nas colunas correspondentes.
- O endereço do domicílio deve ser anotado no espaço correspondente e as observações de pendências, entrevistas agendadas anotar no espaço correspondente.
- A etapa seguinte é muito importante – obter o consentimento informado. Para isto faça o convite de acordo com o impresso e após peça para assinar o Termo de Consentimento. Se a pessoa não souber assinar peça a impressão digital.

PROJETO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A IDOSOS
Avaliação dos Determinantes da Necessidade e do Desempenho da Atenção Básica
PLANILHA DA ÁREA

Entrevistador	UBS	Micro-Área	Quadra	Data			Supervisor

Domicílio	Número de Elegíveis					Elegíveis Completos				
01	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
02	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
03	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
04	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
05	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
06	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Total										

Domicílio	Endereço	Observações
01		
02		
03		
04		
05		
06		

9 INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser preenchidos a **lápiz** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas. Os números devem seguir a padronização e deve-se usar letra de forma.
- No caso de pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, este poderá ser aplicado ao cuidador principal. Somente as questões relacionadas com auto-percepção de saúde não serão aplicadas, o bloco “Sentimentos” e “Memória e Raciocínio” também não serão aplicados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas surdas quiserem responder ao questionário, mostre as questões com as alternativas e peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

- As instruções nos questionários em **letras MAIÚSCULAS, em itálico, (entre parênteses)** servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser perguntadas para o entrevistado. As palavras em **negrito** devem ser lidas para o entrevistado fazendo-se previa pausa.
- As alternativas de resposta somente devem ser lidas se estiverem em **negrito**.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que não estiver escrito em **NEGRITO, NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- **NÃO** devem ser deixadas respostas em branco.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto a questão, segundo as palavras do informante.

10 CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- A numeração do questionário é obtida através do número do entrevistador, UBS, micro-área, quadra, domicílio, seguida pelo número da pessoa.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.

- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 60 anos e 10 meses, considere 60 anos.
- Os questionários devem ser codificados **somente após** terem sido completamente aplicados. Isto significa copiar o código da resposta para o campo de codificação, como no exemplo abaixo:

<p>51. Nas duas últimas semanas O Sr(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde?</p> <p>0 () não → 59 1 (X) sim</p>	<p>SERV <u>1</u></p>
--	----------------------

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88 ou 888.** Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.
- **IGNORADA (IGN) = 9, 99 ou 999.** Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta “ignorado” somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- A codificação dos questionários deve ser preenchida no fim de cada dia, não se devendo deixar para outro dia. Nesta coluna deverão ser transferidos os números marcados nas respostas ditas na entrevista.



Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
QUESTIONÁRIO - IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE

NÃO
ESCREVER
NESTA
COLUNA

IDENTIFICAÇÃO

Número do(a) entrevistador (a): __ __ NUENT __ __

O entrevistador deve colocar o seu número neste campo

Unidade Básica de Saúde: __ __ UBS __ __

O entrevistador deve registrar o número da UBS da área de abrangência na qual o dado está sendo coletado

Número da micro-área: __ __ MICRO __ __

Anotar o número da micro-área na qual o dado esta sendo coletado

Número da quadra: __ __ QUADRA __ __

Número da quadra em cada micro-área

Número do domicílio: __ __ __ __ DOM __ __ __ __

Anotar o número do domicílio de acordo com a planilha do conglomerado

Número da Pessoa no domicílio: __ __ NPED __ __ __ __

Anotar o número da pessoa no domicílio de acordo com a planilha de conglomerado

Data da entrevista: __ __ / __ __ / 2008

Anotar a data da entrevista

Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ hs

Anotar o horário de início da entrevista

Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs

Anotar o horário de término da entrevista

Endereço? _____

Anotar o endereço completo da moradia, com o nome da rua e número da casa. Quando necessário utilizar “complemento”, onde será informado número ou letra do bloco, número do apartamento, casa dos fundos, etc. Em caso de dúvida, verificar o endereço na conta de luz ou em outra correspondência.

Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)? _____

Anotar o telefone para contato, se no domicílio não tiver telefone anotar o telefone de algum vizinho ou familiar, não esquecendo de registrar de quem é o contato. Se não tiver telefone registrar NÃO.

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: NÃO PERGUNTAR, APENAS OBSERVAR

1. Cor da pele ou raça do entrevistado: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	CORPEL __
--	-----------

Assinalar o que for observado, sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça **como observado pelo entrevistador**.

2. Sexo do entrevistado: (0) Masculino (1) Feminino	SEXO __
--	---------

O(a) entrevistador(a) deve registrar o sexo do(a) entrevistado(a) com base em sua observação.

INICIAR ENTREVISTA

3. Qual é o seu nome?

Perguntar ao entrevista o seu nome completo.

4. Qual é a sua idade? __ __ __ (anos completos)	IDADE __ __ __
--	----------------

Perguntar qual a idade em anos completos, informada pela pessoa. Por exemplo, se a resposta for “farei 70 anos na semana que vem”, considerar 69 anos que é a idade atual delo entrevistado.

5. Qual é sua data de nascimento? __ / __ / ____	DN _____
--	----------

Perguntar a data de nascimento. Se a pessoa não souber responder perguntar se tem algum documento que possa confirmar a informação.

6. Qual é o seu peso atual? __ __ __ , __ kg (999,9) IGN	PEK __ __ __ , __
--	-------------------

Será anotado o peso referido pelo entrevistado(a), isto é, o peso que ele(a) informar que possui. Se for referido assim, anotar o peso com uma casa após a vírgula. Exemplo: 73,5 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção “ignorado”.

7. Qual é a sua altura? __ __ __ cm (999) IGN	ALTC __ __ __
---	---------------

Será anotada a altura informada pelo entrevistado. No caso do entrevistado não saber informar sua altura, marque a opção “ignorado”. Anotar a altura em cm , por exemplo, se a pessoa responde 1 metro e 60, anotar 160.

Anote exatamente o que o(a) entrevistado(a) disser. Este é o peso que o(a) entrevistado(a) diz ter. Para pesos inferiores a 100 kg codifique usando o “zero” na frente. Por exemplo: se o(a) entrevistado(a) disser que pesa 52 kg codifique 0 5 2, 0.

No caso do(a) entrevistado(a) não saber informar seu peso e/ou sua altura codifique com 999,9.

Para aqueles que não sabem o seu peso e sua altura por serem incapazes de se pesarem ou se medirem (este é o caso de deficientes físicos), codifique com 8888. Porém, aqueles idosos que não são deficientes físicos podem informar seu peso e altura, e será codificado com 9999 caso estes não souberem informar.

8. Qual a cor da sua pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	CORAUT __
---	-----------

Perguntar exatamente como está escrito e deixar a pessoa responder. Assinalar o que for dito, sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça **como definido pelo respondente**, e não na avaliação do(a) entrevistador(a), de forma a manter a compatibilidade com o IBGE. Se a pessoa usar um termo que deixe dúvida, leia as alternativas disponíveis e peça para que a pessoa escolha uma delas.

9. Na sua opinião, qual a cor da minha pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	CORENT __
---	-----------

Perguntar exatamente como está escrito e deixar a pessoa responder. Assinalar o que for dito, sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça **como definido pelo respondente**. Se a pessoa usar um termo que deixe dúvida, leia as alternativas disponíveis e peça para que a pessoa escolha uma delas.

10. O(a) Sr. (a) freqüentou a escola? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 12 (1) Sim (9) IGN	FREQESC __
---	------------

Perguntar se em algum momento da vida o entrevistado freqüentou a escola.

11. Até que série o(a) Sr. (a) estudou? Série: _____ GRAU: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA (9) IGN	SERESTA __ __
---	---------------

Registrar a última série ou ano concluído com aprovação, e em seguida o grau. Caso o(a) entrevistado(a) não tenha completado nenhum ano na escola, preencher ambos os espaços com "0", como segue: 0 série do 0 grau. Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois.

12. O(a) Sr. (a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (9) IGN	LERESC __
---	-----------

Perguntar se sabe ler e escrever. No caso de resposta NÃO, perguntar se assina o nome, se este for o caso, anotar a opção 2

13. O(a) Sr. (a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (9) IGN	TRABULTM __
--	-------------

Perguntar se no último mês o entrevistado trabalhou e recebeu dinheiro.

14. O(A) Sr. (a) é aposentado(a)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 16 (1) Sim (9) IGN	APÓS __
---	---------

Perguntar se o idoso está aposentado, neste caso o que nos interessa é se ele recebe aposentadoria pelo INSS. No caso dele responder NÃO, pular para a questão 16.

15. Com qual idade o(a) Sr. (a) se aposentou? __ __ anos (88) NSA (99) IGN	IDAPOS __ __
--	--------------

Pergunta a idade do entrevistado quando ele se aposentou.

16. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) - PULE PARA QUESTÃO 18 (3) Separado(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18 (4) Viúvo(a) - - PULE PARA QUESTÃO 18	SITCONJ __
---	------------

Aqui queremos saber a situação conjugal atual, independente se tem companheiro(a) ou não. Se entrevistado solteiro, sem companheiro, separado ou viúvo, pular para a questão 18.

17. Qual a idade de seu (sua) esposo(a)/ companheiro(a)? _____ (anos completos) (88) NSA (99) IGN	IDESPA __ __ -
---	----------------

Perguntar a idade da esposa ou companheira.

18. O(A) Sr. (a) tem ou teve filhos (inclui filhos adotivos)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 20 (1) Sim (99) IGN	FILHO __
---	----------

Perguntar se o(a) entrevistado(a) teve filhos, independente de estarem vivos ou não. No caso da resposta ser NÃO, pular para a questão 20.

19. Se SIM, quantos? __ __ (número de filhos homens) __ __ (número de filhas mulheres) (88)NSA (99)IGN	<i>FILQTH</i> __ <i>FILQTM</i> __
---	--------------------------------------

Anotar o número de filhos homens e de filhas mulheres, por exemplo, se teve apenas 1 filho e ele for do sexo masculino, anotar 01 no respectivo espaço e 00 no número de filhas mulheres.

20. A casa em que o Sr(a) mora é: (0) Própria (1) Alugada (2) De um parente. Qual? (9) IGN	<i>CASAPR</i> __
--	------------------

Ao perguntar, ler as opções e no caso de ser um parente, lembrar de anotar qual parente.

21. O Sr. (a) mora sozinho(a)? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 24	<i>MORSOZ</i> __
---	------------------

Investigar se no domicílio mora mais alguém além do idoso. Se SIM, pular e aplicar a questão 24.

22. SE NÃO: Além do Sr.(a), quantas pessoas moram nesta casa? pessoas (88)NSA	<i>QTSMOR</i>
---	---------------

Anotar quantas pessoas além do entrevistado moram na residência, por exemplo, se for mais 1 pessoa, anotar 01.

23. Qual a relação de parentesco destas pessoas com o Sr. (a)?				
Esposo(a) / companheiro(a)	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>ESPMO</i>
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>PAIMO</i>
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>MAEMO</i>
Neto(a)s	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>NETOMO</i>
Sogro / Sogra	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>SOGMO</i>
Filho(s) / filha(s)	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>FILHOMO</i>
Irmão(s) /irmã(s)	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>IRMOR</i>
Outros familiares	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>OUTMO</i>
Empregado(s)	(0) Não	(1) Sim	(8)NSA	<i>EMPMO</i>
Outros:				

Perguntar e marcar todas as opções relações de parentesco

24. O(A) Sr. (a) costuma ficar sozinho durante o dia (dia e noite)? (0) Nunca ou raramente (1) Sim, cerca de uma hora (2) Sim, longos períodos de tempo - ex: toda manhã, toda tarde (3) Sim, somente durante o dia (4) Sim, somente durante a noite (5) Sim, fica todo tempo sozinho (9) IGN	<i>FICARSOZ</i> __
--	--------------------

Explorar se durante o dia ou a noite o idoso permanece sozinho, no caso da resposta ser SIM, explorar por quanto tempo ele permanece sozinho.

25. O Sr(a) usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia?			
Bengala	(0) Não	(1) Sim	<i>USABENG</i>
Andador	(0) Não	(1) Sim	<i>USAAND</i>
Cadeira de rodas	(0) Não	(1) Sim	<i>USACADR</i>
Aparelho auditivo (no ouvido)	(0) Não	(1) Sim	<i>USAAPARAUD</i>
Dentadura na parte superior	(0) Não	(1) Sim	<i>USADENTSUP</i>
Dentadura na parte inferior	(0) Não	(1) Sim	<i>USADENTINF</i>
Prótese de fêmur	(0) Não	(1) Sim	<i>USAPROTREM</i>
Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)	(0) Não	(1) Sim	<i>USACOP</i>
Almofada de ar para cadeira ou cama	(0) Não	(1) Sim	<i>USAALM</i>
Outro(s):			<i>USAOUT</i>

Nesta questão ler todas as opções. No caso de outro acessório que não os descritos anotar qual.

26. Como o(a) Sr. (a) considera sua saúde? <i>MOSTRAR AS CARINHAS!</i> (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN	ISAUD __
--	----------

Mostrar a cartela das faces.

27. Em comparação com <OS ÚLTIMOS 5 ANOS>, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é: (1) Melhor (2) Mesma coisa (3) Pior (8) NSI	ISAUDH __
---	-----------

Ler as opções.

28. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr. (a) diria que sua saúde está: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NSI	ISAUOUT __
--	------------

Ler as opções. Caso o entrevistado pergunte **COMPARADO COM QUEM?** Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

29. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à sua vida em geral? (0) Insatisfeito (1) Satisfeito - pule para pergunta 31 (8) NSI	ISENT __
--	----------

Ler as opções. Se o entrevistado responder **DEPENDE** ou ficar em dúvida por causa do **EM GERAL**, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente.

30. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida (Anotar até 3 motivos) (1) Problema econômico (de dívidas, pouco dinheiro); (2) Problema de saúde; (3) Problema de moradia; (4) Problema de transporte (não tem como sair de casa); (5) Conflito nos relacionamentos pessoais; (6) Falta de atividade (7) Outro problema _____ (8) NSA (9) IGN	 IMDIMP1 __ IMDIMP2 __ IMDIMP3 __
--	--

Ler as opções. O que interessa saber é quais os principais motivos para a insatisfação. Nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados.

31. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a) em serviço de urgência (SAMU, Pronto Socorro)? (0) Não (1) Sim, quantas vezes? __ __ (99) IGN	CONM3 __ __
--	-------------

Enfatize que você quer saber sobre atendimento por algum médico sem ser em uma hospitalização, atendimento em pronto-socorro ou em casa. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O sr(a) foi atendido por algum médico desde 10 de maio até agora?

32. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) consultou com algum(a) médico(a) em serviços que não foram de urgência? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 34 (1) Sim, quantas _____ vezes (99) IGN	CONMA __ __
--	-------------

Enfatize que você quer saber sobre atendimento por algum médico sem ser em uma hospitalização, atendimento em pronto-socorro ou em casa. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O Sr.(a) foi atendido por algum médico desde 10 de julho até agora? Se NÃO pular para questão 34.

33. SE SIM, a última vez que o Sr(a) consultou foi no? (01) Posto de saúde (02) Médico particular (03) Médico conveniado (04) Outro _____ (88)NSA (99)IGN	LOCONUV __ __
--	---------------

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

34. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem pressão alta? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 36 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99)IGN	HASREF __ HASTEMA __ __ HASTEMM __ __
---	---

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem pressão alta marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem pressão alta marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Se a pessoa referir que tem pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção 1 “SIM” e pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

35. O(a) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	HREMED __
---	-----------

Perguntar anotar se atualmente está tomando remédio. No caso de NÃO estar tomando remédio porque não conseguiu na UBS ou por não ter dinheiro para comprar, anotar NÃO.

36. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 38 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99)IGN	DIAREF __ DIATEMA __ __ DIATEMM __ __
--	---

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem diabetes marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem diabetes marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha diabetes, está fazendo tratamento e o açúcar vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

37. O(a) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para diabetes? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	DIAREMED __
---	-------------

Perguntar anotar se atualmente está tomando remédio. No caso de NÃO estar tomando remédio porque não conseguiu na UBS ou por não ter dinheiro para comprar, anotar NÃO.

38. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 40 (1) Sim - Há quanto tempo: __ __ anos __ __ meses (99)IGN	PULREF __ PULTEMA __ __ PULTEMM __ __
--	---

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem problema pulmonar marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem problema pulmonar marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha problema pulmonar, está fazendo tratamento e vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

39. O(a) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	PULREMED __
--	-------------

Perguntar anotar se atualmente está tomando remédio. No caso de NÃO estar tomando remédio porque não conseguiu na UBS ou por não ter dinheiro para comprar, anotar NÃO.

40. Neste ano (2008) o(a) Sr. (a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não. Por que não? _____ (1) Sim. Onde? _____ (9) IGN	VACGRIPE ___ VACNÃOPO ___ VACONDE ___
--	---

Perguntar se no ano de 2008 ele fez vacina contra a gripe. Se NÃO fez perguntar porque e se SIM perguntar onde fez. Se não souber informar pergunte se ele tem carteira de vacina. Se a resposta for negativa marque a opção IGN.

41. <NOS ÚLTIMOS 10 ANOS> o(a) Sr. (a) fez a vacina contra o tétano? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VACTET ___
--	------------

Perguntar se nos últimos 10 anos, ou seja, desde 1998, ele (a) fez vacina contra o tétano. Se não souber informar pergunte se ele tem carteira de vacina. Se a resposta for negativa marque a opção IGN.

42. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem problema no coração? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 44 (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	CORREF ___ CORTEMA ___ ___ CORTEMM ___ ___
---	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem problema no coração marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem problema no coração marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha problema no coração, está fazendo tratamento e vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

43. O(a) Sr. (a) está tomando algum remédio recomendado ou prescrito pelo médico para o problema no coração? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CORREMED ___
--	--------------

Perguntar anotar se atualmente está tomando remédio. No caso de NÃO estar tomando remédio porque não conseguiu na UBS ou por não ter dinheiro para comprar, anotar NÃO.

44. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) teve derrame ou AVC? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	DERREF ___ DERTEMA ___ ___ DERTEMM ___ ___
--	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que teve derrame ou AVC marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que teve derrame marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

45. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem doença na coluna? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ ___ anos ___ ___ meses (99) IGN	COLREF ___ COLTEMA ___ ___ COLTEMM ___ ___
---	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que doença na coluna marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que teve derrame marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

46. Algum médico disse que o(a) Sr. (a) tem reumatismo, artrite ou artrose? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: _____ anos _____ meses (99) IGN	RAAREF ___ RAATEMA ___ ___ RAATEMM ___ ___
---	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem reumatismo, artrite ou artrose marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que teve marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

47. Algum médico disse que o(a) Sr(a) tem problema nos rins? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	RIAREF ___ RITEMA ___ RITEMM ___
--	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem problema nos rins marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que teve marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses.

48. O(A) Sr(a) está fazendo hemodiálise? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (99) IGN	HEMOD ___ HEMTEMA ___ HEMTEMM ___
--	---

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que SIM, marque a opção 1 “Sim” e pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses. Caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”.

49. Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) estava com câncer? (1) Não - PULE PARA QUESTÃO 52 (2) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99) IGN Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (88)NSA (99) IGN Em que lugar do corpo: _____ (88)NSA (99) IGN	CAREF ___ CATEMA1 ___ CATEM1 ___ CALUG1 ___ CATEMA2 ___ CATEM2 ___ CALUG2 ___
---	---

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que estava com câncer marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que estava com câncer marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 99 “IGN”. Se a pessoa referir que teve câncer, pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses. Após pergunte em que lugar do corpo. No caso de mais de uma vez ter tido o diagnóstico de câncer, coletar informação a respeito de todos os casos.

50. Atualmente o(a) Sr.(a) está fazendo algum tratamento para câncer? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses (8)NSA (9) IGN	TCAREF ___ TCATEMA ___ TCATEMM ___
---	--

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que SIM, marque a opção 1 “Sim” e pergunte a quanto tempo, em anos e meses. Caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”.

51. SE SIM, qual tratamento? (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Outro _____ (8)NSA (9) IGN	TIPOTRATCA ___
--	----------------

Leia as opções. Anote a opção referida pela pessoa. Caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se fizer parte do pulo marque 8 “NSA”.

52. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) teve que amputar parte do seu corpo? (0) Não (1) Sim - Há quanto tempo: ___ anos ___ meses Que parte do corpo? _____ (9) IGN	AMPREF ___ AMPTEMA ___ AMPTEMM ___ AMPLUG ___
---	--

Leia a pergunta e se a resposta for SIM, marque a questão e pergunte a quanto tempo em anos. No caso de menos de um ano, anotar o número de meses. Além disso, pergunte qual a parte do corpo que foi amputada.

53. O(A) Sr.(a) tem problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente (não dá tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (9) IGN	INCURIN ___
---	-------------

Leia a pergunta e se a resposta for NÃO pule para a questão 57, se SIM aplique as demais questões.

54. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> com que frequência isso aconteceu? (1) Uma ou duas vezes por dia (2) Mais de duas vezes por dia (3) Uma ou duas vezes por semana (4) Mais do que duas vezes por semana (5) Uma ou duas vezes por mês (6) Mais de duas vezes por mês (8)NSA (9)IGN	FREINCURIN __
--	---------------

Leia as opções e marque a opção que o entrevistador referir.

55. Devido ao seu problema de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente o(a) Sr. (a) tem que usar fralda (forro,absorvente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 57 (1) Sim (8)NSA (9)IGN	PROPERUR__
---	------------

Anotar a resposta. Se NÃO pule para a questão 57

56. SE SIM, o(a) Sr. (a) usa fralda (forro,absorvente) : (1) Só para sair (2) Somente para dormir (3) Durante todo tempo (8)NSA (9)IGN	FRALDA __
--	-----------

Leia as opções e marque aquela que o entrevistado referir.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIO (MEDICAMENTOS)	
57. Agora vamos falar sobre qualquer remédio que o (a) Sr (a) tenha usado <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>. Pode ser remédio para dor de cabeça, pressão alta ou outro remédio que use sempre ou só de vez em quando. <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>, o (a) Sr. (a) usou algum remédio? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 65 (1) Sim (9)IGN	TOREMED __

Ler o enunciado e reforçar que pode ser qualquer remédio/ medicamento e também por qualquer via (oral, injeção, pomadas, cremes, gotas nasais, colírio, gotas para ouvido,...) com ou sem receita médica; genérico ou não. Se o entrevistado não tenha tomado nenhum remédio pular para a questão 65. Se ele responder SIM aplique a próxima questão e peça para ver (IMPORTANTE) os remédios podendo ser as caixas, os envelopes ou receitas.

58. O (A) Sr(a) poderia trazer as caixas ou embalagens de todos os remédios que tomou <NOS ÚLTIMOS 7 DIAS>? (88)NSA							
MEDICAMENTO (NOME)	Há quantos dias está tomando ?	Quantas vezes por dia?	Quantos usa no mesmo horário?	Quantas vezes esqueceu de tomar?	Para qual motivo está usando?	Funciona 1-Muito bem 2-Bem 3-Não muito bem	MEDIC1 TEMPMED1 __ __ TEMPMED1 __ __ VEZDIAMED1 __ __ VEZESQMED1 __ __ MOTIVMED1 __ __ FUNCIMED1
1. _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						MEDIC2 TEMPMED2 __ __ TEMPMED2 __ __ VEZDIAMED2 __ __ VEZESQMED2 __ __ MOTIVMED2 __ __ FUNCIMED2
2. _____ _____ _____	__ __ mês __ __ dia						
Número total de medicamentos: __ __							NUTOMED __ __

Pedir para que traga os remédios que estão em uso ou que tenha sido usado nos últimos sete dias. Se estiver usando a mais de 30 dias, colocar em meses. Anotar o nome no respectivo espaço e o

número de vezes que toma por dia, ou seja, manhã (1 vez), manhã e noite (2 vezes), manhã, tarde e noite(3 vezes). Se estiver usando mais de um comprimido de cada vez anotar, por exemplo: 2 comprimido 2 vezes ao dia. Na pergunta “quantos usa no mesmo horário?”, significa por exemplo, quantos o entrevista toma no café da manhã, seja antes ou depois. E também, quantos toma ao dormir.

59. Algum dos remédios incomoda o (a) Sr. (a) de alguma forma? (0) Não - PULA PARA 61 (1) Sim (8)NSA (9)IGN	REMEDINC__
---	------------

Leia a pergunta e o incômodo pode ser qualquer queixa, tipo dor de cabeça, tontura, boca seca, dor no estômago, perda do apetite, perda do desejo sexual, incontinência urinária, prisão de ventre. Enfim, qualquer sintoma que o(a) entrevistado(a) atribua ao remédio.

60. Pode me dizer qual(is) remédio(s) (quanto e como incomoda o Sr. (a))?						
Nome do Remédio	O quanto ele incomoda o Sr. (a)?			Em que ele incomoda o Sr. (a)		
	Muito	Um pouco	Não muito			
1. _____ _____						REMED1__ INCREMED1__ QINCOMED1__
2. _____ _____						REMED2__ INCREMED2__ QINCOMED2__
3. _____ _____					REMED3__ INCREMED3__ QINCOMED3__	

Na pergunta acima, “não muito” se refere a um incômodo que apesar de existir não parece representar tanto para a pessoa, já “um pouco” causa algum desconforto maior, tendo um significado mais negativo e “muito” é o que mais incomoda. Marcar com um X a resposta.

61. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr. (a) me dissesse se é “muito difícil”, “um pouco difícil” ou se “não é difícil” fazer cada uma das tarefas.					
Tarefa	Muito difícil	Um pouco difícil	Não é difícil	Comentários (quais remédios)	RETREM__ LERREM__ LEMBREM__ CONSREM__ TOMUREM__
1. <u>Retirar</u> o remédio da embalagem					
2. <u>Ler a</u> embalagem do remédio					
3. <u>Lembrar</u> de tomar todos os remédios					
4. <u>Conseguir repor</u> os remédios a tempo					
5. <u>Tomar muitos remédios</u> ao mesmo tempo					

O espaço COMENTÁRIOS pode ser utilizado para colocar o nome do medicamento relacionado com a dificuldade de realizar a tarefa.

62. Como o(a) Sr. (a) consegue estes remédios na maioria das vezes? (1) No Posto de Saúde. Qual? _____ (2) Na Secretaria Municipal de Saúde (3) Tem que comprar - APLIQUE QUESTÃO 63, SE NÃO PULE PARA 64 (4) Conseguiu parte da medicação e outra parte tem que comprar (5) Outro: _____ (8)NSA (9)IGN	REMAVZ__ REMAVZPS__
--	------------------------

O objetivo desta questão é saber o local onde o(a) entrevistado(a) consegue os remédios na maioria das vezes. Se a resposta for o Posto de Saúde, pergunte qual e anote ao lado desta opção,

Se for necessário comprar aplique a questão 63, caso contrário aplique a questão 64. Se for alguma outra forma, especifique qual local.

63. Se teve que comprar, quanto gastou com medicação desde <ÚLTIMOS 30 DIAS>? R\$: __ __ __ __' __ __ (8888)NSA (9999)IGN	REMCOMP __ __ __ __' __ __
--	-------------------------------

O objetivo desta pergunta é saber quanto foi gasto com medicação nos últimos 30 dias. Ex: se estivermos no dia 01 de agosto, pergunte: desde o dia 01 de julho até hoje, quanto foi gasto com a compra de medicação ou remédio. Especifique que pode ser aproximadamente, não necessariamente o valor exato.

64. Teve algum remédio que o (a) Sr(a) precisou tomar desde <ÚLTIMOS 30 DIAS > e não conseguiu? (0) Não (1) Sim (9) IGN	RETONC__
---	----------

Apenas perguntar se deixou de tomar um remédio por não ter tido acesso a medicação. Lembre de especificar que é no último mês.

65. O(a) Sr. (a) caiu alguma vez desde <1 ANO ATRÁS > até agora? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 67 (1) Sim (9) IGN	QUEULTA__
---	-----------

A pergunta busca saber se o idoso(a) sofreu alguma queda durante o último ano, independente do local ou conseqüências desta queda.

SE SIM - Quantas vezes? __ __ vezes (88)NSA (99)IGN	QUEVZA__
--	----------

Deve ser informada aqui toda e qualquer queda ao longo do último ano, independente das conseqüências da(s) queda(s). Caso o(a) idoso(a) tenha dificuldade em recordar, afirmando que “nem se lembra ao certo” por exemplo, solicite um número aproximado.

66. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 69 (1) Sim (9) IGN	FRAT__
---	--------

Informar se houve fratura em alguma das quedas que sofreu no último ano.

67. SE SIM - Quantas vezes? __ __ vezes (88)NSA (99)IGN	LOCFRAT
--	---------

Deve ser informado quantas vezes ocorreu quebra ou fratura após queda.

68. Desde <4 ANOS ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 71 (1) Sim (9) IGN	INTEULTM__
---	------------

Considerar internação a ocupação de um leito hospitalar pela pessoa, com o fim de cirurgia, diagnóstico, tratamento ou outro tipo de atendimento médico, por no mínimo uma noite (pernoite) em estabelecimento que dispõe de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde etc.).

69. SE SIM, quantas vezes? __ __ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	INT4AVZ__ __
---	--------------

Anotar o número de vezes que internou neste período.

70. Desde < 1 ANO ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou internar (baixar) em algum hospital? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 74 (1) Sim (9) IGN	INTEULTA__
---	------------

Considerar internação a ocupação de um leito hospitalar pela pessoa, com o fim de cirurgia, diagnóstico, tratamento ou outro tipo de atendimento médico, por no mínimo uma noite (pernoite) em estabelecimento que dispõe de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde etc.).

71. SE SIM, qual o motivo da última internação? (8)NSA (9)IGN	INTMOT__ __
---	-------------

Registre da forma como o(a) entrevistado(a) responder. Se necessário, enfatize que é o motivo desta última vez que internou. Se hospitalizou por mais de um motivo, pergunte qual deles o(a) entrevistado(a) considera mais importante e registre-o em primeiro lugar. Não ceda à tentação de “traduzir” o motivo referido para uma linguagem que lhe pareça mais adequada. O máximo que você pode alterar é corrigir na escrita o que lhe soe equivocado na pronúncia. Por exemplo, “ursa no estômago” pode ser registrada como “úlceras no estômago”; “pedra nos rim” pode ser registrada como “pedra nos rins” e não “cálculo renal”, a não ser que a pessoa assim se expresse. Lembre-se que muitos termos e expressões referentes à saúde podem ser regionais. Se você não entender, peça para repetir. Se continuar não entendendo, pergunte se este “motivo” tem outro nome. Permanecendo a dúvida, anote e informe seu supervisor.

72. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	<i>INTULTMVZ</i>
---	------------------

Anotar o número de vezes que internou neste período.

73. Desde <1ANO ATRAS>, o(a) Sr. (a) precisou passar a noite em algum hospital em observação (como paciente)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 76 (1) Sim (9)IGN	<i>NOIHOS30D</i> __
---	---------------------

Considerar a permanência, por no mínimo uma noite (pernoite) em estabelecimento que dispõe de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde etc.).

74. SE SIM, quantas vezes? _____ (n° de vezes) (8)NSA (9)IGN	<i>NOIHOSVZ</i>
---	-----------------

Anotar o número de vezes que ficou em observação no último ano.

75. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou para os olhos, seja com o especialista de olhos, médico ou técnico? (excluindo os exames para fazer ou renovar carteira de motorista)? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 78 (1) Sim (9)IGN	<i>CONSOLHOS</i> __
--	---------------------

Marcar a alternativa que contempla o intervalo de tempo da resposta. Caso o entrevistado nunca tenha consultado, pular para a questão 78 e seguir o questionário.

76. Quando foi a última vez que o(a) Sr. (a) consultou para os olhos? (0) Há menos de 1 ano (1) Entre 1 e 5 anos atrás (2) Há mais de 5 anos (9) Não lembra há quanto tempo (8)NSA (9)IGN	<i>VICONSOLEHT</i> __
--	-----------------------

Marcar a alternativa que contempla o intervalo de tempo da resposta. Se o entrevistado responder que consultou há 1 ano, ou há 3 anos, ou há 5 anos, assinalar a alternativa (2). Se o entrevistado responder que foi há muito tempo atrás ou estiver em dúvida quanto ao tempo exato, perguntar se foi há mais de 5 anos ou há menos de 5 anos. Caso o entrevistado realmente não lembre há quanto tempo consultou, assinale a alternativa (9).

77. O(a) Sr. (a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 80 (1) Sim - Há quanto tempo? _____ anos (99)IGN	<i>VISOCLLEN</i> __ <i>VITEOCLLEN</i> __
--	---

Se o entrevistado referir que usa óculos ou que usa lentes de contato ou que usa os dois, assinale a alternativa (1)sim e indague há quanto tempo usa. Se o entrevistado referir uma duração diferente de uso de óculos e lentes de contato, anotar há quanto tempo usa o que começou a usar primeiro (o que fizer mais tempo) Ex.: “Eu uso os dois, os óculos há 10 anos e as lentes de contato há mais ou menos 5 anos.”. Anotar o tempo de uso mais antigo (10 anos). Se for um período menor do que 01 ano, ex.: “Estou usando óculos há dois meses.”, anotar 00 anos.No caso de o entrevistado referir a idade em que começou a usar óculos anote e pergunte a idade atual, para fazer o cálculo do número de anos que usa. Ex.: “Uso óculos desde os treze anos.” Se o entrevistado tiver 60 anos, anotar 47 anos. Caso o entrevistado use óculos de parentes ou amigos, considerar como (1). Se o entrevistado disser que usa somente óculos escuros, pergunte

se o óculos é de grau. Se o óculos não for de grau, considerar como (0) não; se o óculos for de grau, considerar como (1) sim.

78. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	VIOCLENMED__
--	--------------

Se o entrevistado referir que a correção foi receitada por médico/oftalmologista /médico da óptica ou que trabalha na óptica, assinalar a alternativa (1)sim. No caso de o entrevistado usar um óculos que não é seu, mesmo que ele tenha sido receitado por profissional de saúde, considere a alternativa (0)não. Ex: “Eu uso o óculos do/da meu/minha: “ marido/esposa” ou “ irmão/irmã” etc.

79. O(a) Sr. (a) considera sua visão? (com ou sem óculos ou lente) MOSTRAR AS CARINHAS! (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	VISAO__
---	---------

Mostrar a cartela das faces e marcar a questão escolhida pelo entrevistador.

80. A sua visão atrapalha o(a) Sr. (a) para fazer as coisas que o(a) Sr. (a) precisa/quer fazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN	VIATRP__
---	----------

O importante é saber se o entrevistado deixa de fazer alguma atividade devido ao problema de não enxergar bem.

81. Como o(a) Sr. (a) considera a sua audição? (ouve bem? escuta bem?) (com ou sem a ajuda de aparelhos): MOSTRAR AS CARINHAS! (1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (9) IGN	AUDI__
--	--------

Mostrar a cartela das faces e marcar a questão escolhida pelo entrevistador. Pode apontar em direção a orelha para o entrevistador entender ou tem a opção de perguntar se ouve bem ou escuta bem.

82. O Sr. (a) usa aparelho para ouvir? (0) Não (1) Sim, há quanto tempo? (meses) (9) IGN	AUDIAP__ AUDIAPTE__ __
---	---------------------------

Perguntar se o entrevistado utilizada prótese auditiva. Se usar, perguntar a quanto tempo. Por exemplo, se for há dois anos, marcar 24 meses.

83. A sua audição atrapalha o(a) Sr. (a) para as atividades que o(a) Sr. (a) precisa/quer fazer? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AUDIATRP__
--	------------

Nos interessa saber se o entrevistado deixa ou deixou de fazer alguma atividade em função da dificuldade auditiva.

84. Como o(a) Sr. (a) considera a situação da sua boca? MOSTRAR AS CARINHAS! (1)ótima (2)boa (3)regular (4)ruim (5)péssima (9) IGN	ODCA__
---	--------

Mostrar a cartela das faces e marcar a questão escolhida pelo entrevistador.

85. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) consultou com um dentista? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 90 (1) Sim (9) IGN	ODCONS__
--	----------

Aqui não importa a quanto tempo foi a última consulta. Pode ser a qualquer momento na vida e por qualquer motivo.

86. Há quanto tempo foi a última consulta com o dentista? (1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos atrás (3) Há mais de 5 anos (4) Não lembra há quanto tempo (8) NSA (9) IGN	ODCAULT__
--	-----------

Marcar a alternativa que contempla o intervalo de tempo da resposta. Se o entrevistado responder que consultou há 1 ano, ou há 3 anos, ou há 5 anos, assinalar a alternativa (2). Se o entrevistado responder que foi há muito tempo atrás ou estiver em dúvida quanto ao tempo exato, perguntar se foi há mais de 5 anos ou há menos de 5 anos. Caso o entrevistado realmente não lembre há quanto tempo consultou, assinale a alternativa (9).

<p>87. Qual(is) o(s) principal(ais) motivo da última vez que o(a) Sr. (a) consultou com o dentista?</p> <p>(0) Rotina/manutenção (1) Estava com dor (2) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (3) Estava com cárie/restauração/obturação (4) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (5) Estava com o rosto inchado (6) Precisava fazer tratamento de canal (7) Precisava arrancar algum dente (8) Tinha que fazer uma dentadura nova (9) Outros _____ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>ODMOTC1 __ __ ODMOTC2 __ __ ODMOTC3 __ __</p>
---	--

Leia as alternativas e anote as respostas. Esta pergunta pode ter mais de uma alternativa assinalada.

<p>88. Onde o(a) Sr. (a) consultou com o dentista?</p> <p>(0) No Posto de Saúde - Qual? _____ (1) Dentista particular (2) Ambulatório de sindicato ou empresa (3) Dentista conveniado (4) Outro _____ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>ODLOC __ __</p>
--	--------------------

Se o entrevistado disser que foi no Posto de Saúde pergunta QUAL e anote no espaço ao lado. Se em OUTRO local que não os especificados anotar na opção (4) e anote no espaço ao lado. Esta pergunta se refere a última consulta ao dentista.

<p>89. O Sr. (a) tem algum problema ou dificuldade para mastigar os alimentos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9)IGN</p>	<p>ODIFMAS __</p>
---	-------------------

Perguntar alguma dificuldade de mastigar principalmente carne ou outros alimentos que precisam do uso de dentes em bom estado, com ou sem a ajuda de prótese dentária.

<p>90. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> o(a) Sr. (a) precisou ficar na cama (esteve acamado)?</p> <p>(0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 93 (1) Sim (9)IGN</p>	<p>ACAM30D __</p>
--	-------------------

Leia as alternativas e anote a resposta. Lembrar de substituir pela data. Exemplo: se a entrevista ocorrer no dia 04 de agosto, perguntar desde o dia 04 de julho.

<p>91. Por quanto tempo ficou acamado? __ __ (meses) __ __ (dias) (88)NSA (99)IGN</p>	<p>TEMACM __ __ TEMACD __ __</p>
---	---------------------------------------

Anotar o número de dias que ficou acamado. Por exemplo, se ficou mais de um mês anotar 01 (meses) e 14 (dias). No caso de ser 15 dias, anotar 00 (meses) 15 (dias).

<p>92. O (A) Sr. (a) alguma vez recebeu a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa?</p> <p>(0) Não → PULAR PARA QUESTÃO 96 (1) Sim (8)NSA (9)IGN</p>	<p>VISACS __</p>
--	------------------

Anote a resposta. Aplicar mesmo se não for área coberta por ACS.

<p>93. SE SIM, O(A) Sr. (a) recebeu visita do ACS em sua casa no:</p> <p><NOS ÚLTIMOS 30 DIAS> (0) Não (1) Sim, __ __ vezes (9)IGN <DESDE 3 MESES ATRÁS> (0) Não (1) Sim, __ __ vezes (9)IGN</p>	<p>VACS30D __ __ VACS30DV __ __</p>
--	--

Anotar se recebeu e quantas vezes recebeu a vacina nos últimos 30 dias e nos últimos 3 meses.

94. Quais das atividades que eu vou ler, o ACS fez na sua casa ?				
Preencheu um cadastro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	CAD
Perguntou sobre sua situação de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	SITSAU
Perguntou sobre uso de medicamentos	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	USOMED
Entregou medicações ou material de curativo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	ENTMED
Perguntou sobre vacinas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	VACONS
Orientou sobre a importância da limpeza da boca e da prótese;	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	
Deu orientações sobre cuidados com a saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	ORITSAU
Agendou consulta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	ORITSAU

Ler cada uma das opções e anotar a resposta do entrevistado.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA

95. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr. (a) recebeu em casa algum dos seguintes atendimentos:				
Consulta médica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECONMED
Assistência social?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECASSISOC
Fisioterapia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECFIS
Atendimento do dentista?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATDENT
Atendimento de enfermagem?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATENF
Verificação da pressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECATA
Curativo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECCUR
Injeção?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECINJ
Aplicação de vacina contra gripe?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECVAC
Nebulização?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECNEB
Sondagem vesical?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECSONVES
Foi coletado material para exames (ex:sangue)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	RECOLEX
Outro				RECOU

Leia cada uma das opções. Enfatize que você quer saber sobre atendimento de saúde em casa, independente de quem foi o profissional ou o que veio fazer. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O sr(a) recebeu algum atendimento de saúde em casa, desde 10 de maio até agora?

SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA, APLICAR QUESTÕES 97,98 e 99;

SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO 100

96. Por qual motivo precisou de atendimento de saúde em casa?				
Estava acamado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	MOTADAC
Estava com dificuldade de caminhar	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	MOTADDL
Sua situação de saúde tinha piorado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	MOTADSP
Precisava de acompanhamento após a alta do hospital	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	MOTADSP__
Não tinha quem o(a) levasse até o posto de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	MOTADNA__
Outro:				

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a). Se for um outro motivo anotar no espaço de "OUTRO" e escrever o motivo.

97. SE RECEBEU: Quantas vezes recebeu atendimento de saúde em casa desde < 3 MESES ATRÁS>? _____				PREAD3M__
Quantas destas foram <NO ÚLTIMO MÊS>? _____	(88) NSA	(99) IGN		PREADULM__
Quantas destas foram <NA ÚLTIMA SEMANA>? _____	(88) NSA	(99) IGN		PREADULS__

Para os que receberam atendimento em casa anotar desde os últimos 3 meses e discriminar quantas vezes foi no último mês (mesmo que repita a informação acima) e quantas destas foi na última semana.

98. SE RECEBEU: O(A) Sr. (a) recebeu o atendimento de algum:					
Profissional do posto de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	REPROPSAU
Profissional particular	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	REPROFPAR
Profissional do convênio	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	REPPROCON
De algum familiar seu	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	REFAMILIAR
De algum vizinho ou amigo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	REVIZAMIGO
Outro:					REAOUT

Anotar qual o profissional ou familiar, amigo ou vizinho que fez o atendimento. Se for um outra pessoa anotar no espaço de "OUTRO" e descrever.

99. Foi solicitado o atendimento em casa desde < 3 MESES ATRÁS>? (0) Não (1) Sim - PULE PARA QUESTÃO 102 (9) IGN	SOLAD__
---	---------

Aqui é importante registrar se o(a) entrevistado(a) ou outra pessoa pediu a algum serviço de saúde para ser atendido em casa. Este pedido pode ter sido feito pessoalmente ao serviço de saúde, por telefone, ou através do agente comunitário de saúde.

100. Por qual motivo não solicitou o atendimento em casa?					
O serviço não faz atendimento em casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADNF	
Não tem profissional para atender em casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADNTP	
O serviço não tem telefone ou não funciona	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADNTT	
Não tinha como ir marcar a consulta ou solicitar o atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADNTC__	
Teve medo de solicitar e não ser atendido	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADTM	
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	MONSADMEL	
Outro:					MONSADOUT

Ler cada uma das opções de motivos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

101. SE SIM: Onde solicitou o atendimento em casa? (0) Posto de Saúde. Qual? _____ (1) Na Secretaria Municipal de Saúde (2) No SAMU (3) No convênio ou plano de saúde (4) Em ambulatório ou serviço particular () Outro: _____ (8) NSA (9) IGN	ONSOLAD__ PSQUAL__ __
---	--------------------------

Ler cada uma das opções de locais e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

102. SE SIM: Quem fez a solicitação para atendimento em casa?					
O Sr(a) mesmo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADSOLS
Algum familiar seu	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADSOLF
Algum vizinho ou amigo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADSOLVA
O Agente Comunitário de Saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADSOLACS
Outro:					ADSOLOU

Ler cada uma das opções de locais e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

103. SE SIM: Como fez para solicitar?					
Através do telefone	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	FSOADSE
Algum familiar ou vizinho foi até o serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
Pediu para o ACS	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	FSOLACS
Outra:					FSOLOU

Ler cada uma das opções de locais e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

104. O(A) Sr. (a) recebeu o atendimento solicitado? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 108 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	RECEBEU__
--	-----------

Tão importante quanto solicitar é saber se a pessoa recebeu o atendimento. Caso não tenha recebido pular para a questão 108.

105. Quantos dias se passaram entre a solicitação e a vinda dos profissionais na sua casa? (dias) _____ (88)NSA (99)IGN	QTSOLAD__ __
--	--------------

Queremos saber quantos dias o(a) entrevistado(a) levou para ter este atendimento de saúde em casa desde que solicitou. Se foi atendido no mesmo dia, registrar 0.

106. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido em casa desta última vez? MOSTRAR CARINHAS (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8)NSA (9)IGN	OPINTEAD__
--	------------

Mostre a cartela com as faces ao(à) entrevistado(a) e peça que ele lhe diga qual a que melhor se parece com a forma como ele(a) se sentiu em relação ao tempo de espera para este atendimento no domicílio. Se necessário, leia as expressões abaixo de cada face e aponte enquanto estiver lendo. Enfatize que é sobre o tempo de espera para ser atendido(a).

107. SE NÃO: Por qual motivo não foi atendido?					
Não conseguiu ficha no serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADF__
O serviço não atende em casa	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADNF__
Não teve resposta do serviço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADNR__
O serviço não tinha profissional para atender	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADNTP__
O serviço estava fechado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADPF__
Precisava pagar e não tinha dinheiro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADNPP__
O telefone estava sempre ocupado	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	MONRADTO__
() Outro: _____					MONRADOU__

Ler cada uma das opções de motivos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

108. SE NÃO RECEBEU: O que aconteceu com sua situação de saúde? (1) Continua na mesma situação (2) Melhorou (3) Piorou () Outro: _____ (8)NSA (9)IGN	PRENROQAC__
---	-------------

Queremos saber a opinião do(a) entrevistado(a) sobre o que aconteceu com ele(a) e seu problema se precisou ser atendido em casa e não conseguiu. Incluir todas as opções de resposta no enunciado da pergunta, em conjunto, sem enfatizar nenhuma delas.

PARA OS QUE NÃO RECEBERAM ATENDIMENTO DOMICILIAR ENCERRAR AQUI E CONTINUAR COM QUESTÃO 126

109. SE FOI ATENDIDO EM CASA: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido em casa nos últimos três meses por pessoal do ...	
Posto de Saúde do seu bairro: _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVPSB__ __
Quantas vezes no último mês? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVPSBUM__ __
Quantas na última semana? _____ (88)NSA (99)IGN	
Posto de Saúde de outro bairro: Qual? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVPSOB__ __
Quantas vezes no último mês? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVPSOBUM__ __
Quantas vezes na última semana? _____ (88)NSA (99)IGN	
SAMU: _____ vezes	
Quantas vezes no último mês? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVSAMU__ __
Quantas vezes na última semana? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVSAMUUM__ __
Outro: _____: _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVOUT__ __
Quantas vezes no último mês? _____ (88)NSA (99)IGN	ADQVOUTUM__ __
Quantas vezes na última semana? _____ (88)NSA (99)IGN	

Aqui é importante quantificar as vezes em que o(a) entrevistado(a) teve algum atendimento de saúde em casa fornecido por CADA LOCAL / INSTITUIÇÃO nos últimos 90 dias e quantas

destas vezes isto ocorreu nos últimos 30 dias. Atenção: o número de vezes nos últimos 30 dias não poderá ser maior do que o número de vezes nos últimos 90 dias em cada local.

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE RECEBEU ATENDIMENTO DE SAÚDE EM CASA					
110. Quais profissionais lhe atenderam em casa desta última vez?					
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVENF
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVTENF
Médico	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVMED
Dentista	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVOD
Fisioterapeuta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVFIS
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVNUT
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVPSI
Educador Físico	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVEDFI
Fonoaudiólogo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVFON
Assistente Social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVASS
Estudante(s)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADUVEST
Outro:					ADUVOUT

Ler cada uma das opções de profissionais que estiveram envolvidos com o atendimento de saúde em casa na última vez e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

111. O que foi feito com o Sr(a) durante o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez?					
Consulta médica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADCMED
Fizeram fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADFISIO
Consulta de enfermagem	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADCENF
Curativo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADCUR
Nebulização	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADNEB
Aplicaram injeção	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADMEDIN
Mediram a pressão arterial	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADMMPA
Mediram a temperatura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADMTEM
Trocaram a "bolsa" de ostomia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADTBOL
Colocaram / trocaram sonda uretral	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADTSON
Colocaram / trocaram sonda nasogástrica / naso-enteral	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADSNG __
Fizeram dosagem de açúcar no sangue	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADDAS __
Aplicaram vacina contra gripe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADVACG
Aplicaram vacina contra o tétano	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADVACT
Limpeza dos dentes	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADLIMPD
Obturação de dente	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADOBD
Extração de dente (arrancar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADEXD
Ajuste ou confecção de prótese, pivô, dentadura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ADPPD __
Outro					ADOUT

Ler cada uma das opções de procedimentos que possam ter sido realizados durante o atendimento de saúde em casa desta última vez e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

112. O Sr(a) permaneceu em acompanhamento após este atendimento? (0) Não - PULAR PARA QUESTÃO 115 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	PEACAD __
---	-----------

ATENÇÃO: ESTÁ ERRADO NO QUESTIONÁRIO. O PULO CORRETO É 115 E NÃO 110 COMO FICOU IMPRESSO NO QUESTIONÁRIO. Ler e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

113. Se SIM, o seu acompanhamento, na maior parte das vezes foi:					
Diário	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READDI
1 vez por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUVS
2 ou mais vezes por semana	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READDVS
1 vez a cada quinze dias	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUQD
1 vez por mês	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	READUVM
Outra:					READOUT

Ler cada uma das opções de locais e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

114. Durante este atendimento foi?					
Encaminhado para o hospital	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ENCHOS
Encaminhado para especialista	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ENCESP
Solicitado exame	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	SOLEX
Prescrito novo medicamento	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	PRESNM
Orientado sobre cuidados de saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	DISPMAT
Deixado material ou equipamento Se SIM, aplicar a116, se Não pular para 117	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	DEIXMAT__

Ler cada uma das opções de locais e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

115. Quais os materiais ou equipamentos que a equipe do Posto de Saúde deixou na sua casa para o seu atendimento? (0) gaze (1) seringa (2) medicamentos (3) algodão (4) esparadrapo (5) luvas (6) sonda vesical () Outros: _____	(8) NSA	(9) IGN	MATEQD1__ MATEQD2__ MATEQD3__ MATEQD4__
--	---------	---------	--

Ler as opções e marcar os materiais que foram fornecidos. Pode ter mais de uma opção registrada.

116. O Sr(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do seu atendimento em casa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	RECEXPOT__
---	------------

Interessa saber aqui se o(a) entrevistado(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo do atendimento recebido, independente de quem o atendeu.

117. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento que recebeu em casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 120 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	GADICA__
--	----------

Interessa aqui saber se foi feito pagamento de algum valor com recursos da própria pessoa ou de outro indivíduo, residente ou não na mesma unidade domiciliar, pela consulta médica. **ATENÇÃO:** se o valor foi (ou será) integralmente reembolsado por plano de saúde, não deve ser considerado como gasto com esta consulta.

118. Se SIM: Quanto gastou? R\$ _____, _____ (8) NSA (9) IGN	GADIQT__ __ -' __
--	----------------------

Informar o total, em reais, do que foi gasto com o atendimento.

119. O (A) Sr(a) recebeu alguma receita de remédio neste último atendimento em casa? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	RECRECUAC__
--	-------------

Interessa saber aqui se o(a) entrevistado(a), ao final do atendimento, recebeu alguma receita para algum medicamento, independente de ter recebido um ou mais medicamentos sob a forma de amostra grátis.

120. O (A) Sr(a) conseguiu os remédios pelo SUS? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CONSRMSUS__
--	-------------

Deseja-se saber se o(a) entrevistado(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS, de forma gratuita, sem pagar nada, independente do local onde tenha conseguido. Se o(a) entrevistado(a) pagou pelos remédios, ou por parte deles, considere "NÃO".

Considerar SIM se o(a) entrevistado(a) conseguiu de forma completamente gratuita, diretamente ou através de outras pessoas, de alguma instituição ou entidade beneficente, como igrejas, associações de bairro, sindicatos, associações profissionais, etc.

121. SE NÃO: O(A) Sr(a) comprou algum remédio? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 124 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	COMPREM__
---	-----------

Queremos saber se, uma vez que não conseguiu todos os remédios gratuitamente, se o(a) entrevistado(a) comprou algum remédio prescrito por ocasião deste último atendimento de saúde em casa.

122. SE COMPROU: Quanto gastou? R\$: _____, _____ (8888,88) NSA (9999,99) IGN	QUANTOGAS__
--	-------------

No caso de ter comprado algum ou todos os medicamentos, queremos saber quanto gastou com a compra destes medicamentos. Se não sabe informar, registrar 9999.

123. Qual sua opinião sobre o atendimento de saúde que recebeu em casa desta última vez? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo MOSTRAR CARINHAS (8) NSA (9) IGN	OPIADUV__
---	-----------

Mostre a cartela com as faces ao(à) entrevistado(a) e peça que ele lhe diga qual a que melhor se parece com a forma como ele(a) se sentiu em relação ao tempo de espera para este atendimento no domicílio. Se necessário, leia as expressões abaixo de cada face e aponte enquanto estiver lendo. Enfatize que é sobre o tempo de espera para ser atendido(a).

124. Após ter recebido o atendimento de saúde em casa, o (a) Sr.(a) considera que seu problema: (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (8) NSA (9) IGN	AADPROB__
--	-----------

Queremos saber a opinião do(a) entrevistado(a) sobre o que aconteceu com ele(a) e seu problema depois do atendimento. Incluir todas as opções de resposta no enunciado da pergunta, em conjunto, sem enfatizar nenhuma delas.

A SEGUIR VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR

Ler o enunciado de forma clara, em voz alta e pausadamente.

INSTRUÇÕES PARA AS PERGUNTAS 126 a 141

Seguir criteriosamente a formulação de cada uma das perguntas, lendo as perguntas e cada uma das opções de resposta, de forma clara, em voz alta e pausadamente, sem interferir ou auxiliar o (a) entrevistado(a) nas respostas. Marcar a alternativa referida pelo(a) entrevistado (o). Para cada uma das perguntas, peço que o(a) sr.(a) responda se faz a atividade sozinho, se faz com a ajuda de alguém ou se não consegue fazer a atividade. Nos casos em que o questionário for respondido por algum responsável ou cuidador, as perguntas seguintes devem ser feitas utilizando o nome do idoso.

Lembre-se que o questionário poderá ser respondido por algum responsável ou cuidador(a) nos casos em que o idoso não tenha condições de responder às perguntas.

125. Quando o(a) Sr.(a) vai tomar seu banho:	IBANHO__
--	----------

(2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho) (1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo) (0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo	
---	--

Banho: a avaliação é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações.

(2) Não recebe ajuda: entra e sai do banheiro sozinho, tem total autonomia para tomar seu banho.

(1) Recebe ajuda apenas para uma parte do corpo: no caso do idoso precisar de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, por exemplo, ensaboar as costas ou as pernas.

(0) Recebe grande ajuda ou não consegue tomar banho: esta opção deve ser marcada nos casos em que o idoso precisar de ajuda para mais de uma parte do corpo ou ainda quando ele não conseguir tomar banho por estar acamado (sem se levantar da cama).

126. Quando o(a) Sr. (a) vai se vestir: (2) Não recebe ajuda (1) Pega as roupas e se veste sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido	<i>IVESTIR</i> ___
---	--------------------

Vestir: considera-se o ato de pegar as roupas no armário e o de vestir a roupa. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação.

(2) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para se vestir.

(1) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda apenas para amarrar os sapatos.

(0) Recebe grande ajuda ou não consegue se vestir: marque esta opção nos casos em que o idoso receber qualquer outro tipo de ajuda ou quando ele(a) não conseguir se vestir.

127. Quando o(a) Sr. (a) precisa usar o banheiro para suas necessidades: (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda para ir ao banheiro (0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	<i>ITOALET</i> ___
---	--------------------

Banheiro: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Não considerar ajuda o corrimão da casa, a bengala, o andador ou qualquer outro objeto de apoio usado pelo(a) idoso(a).

(2) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para ir até o banheiro.

(1) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para ir até o banheiro, seja de braço, ou mesmo para empurrar uma cadeira de rodas. Outras opções de resposta que se enquadram nesta categoria são necessidade de ajuda para “se limpar” ou para se vestir após fazer xixi e/ou cocô.

(0) Recebe grande ajuda ou não vai ao banheiro: marque esta opção nos casos em que o idoso não conseguir ir ao banheiro ou precisar de ajuda para ir ao banheiro, “se limpar” e se vestir após fazer xixi e/ou cocô.

128. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr. (a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda (0) Não sai da cama	<i>ICADEIR</i> ___
--	--------------------

Transferência: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. O uso de equipamento ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função.

(2) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para deitar e levantar da cama.

(1) Recebe ajuda: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para sentar ou levantar da cadeira ou sentar ou levantar da cama.

(0) Caso o(a) idoso(a) não saia da cama, esta opção também deve ser assinalada.

129. Tem controle para fazer xixi ou cocô, o(a) Sr.(a) : (2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar (1) Tem 'acidentes' ocasionais (0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	ICAMIN __
---	-----------

Continência: “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar.

(2) Tem controle: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar ter controle total sobre as funções de fazer xixi e cocô.

(1) Tem 'acidentes' ocasionais: pode ser compreendido como algo eventual, que acontece de vez em quando. Caso o idoso relatar que usa medicamentos como diuréticos e que algumas vezes ocorrem problemas por causa disso ou que ele(a) não consegue controlar por causa do remédio que causa a incontinência. Outra possível resposta que se inclui nessa categoria de resposta é a ocorrência de seguidos episódios de diarreia sem controle das fezes.

(0) Não consegue controlar o xixi ou fazer cocô: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que não consegue segurar o xixi e/ou cocô muitas vezes ou quando ele(a) usa fraldas pela grande frequência de descontrole do xixi e/ou cocô.

130. Para se alimentar (para comer) : (2) Alimenta-se sem ajuda (1) Alimenta-se com ajuda parcial (para cortar carne ou passar manteiga no pão) (0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado por sonda	IALIMEN __
--	------------

Alimentação: relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos e prepará-los está excluído da avaliação.

(2) Alimenta-se sem ajuda: total autonomia para comer. Não devem ser consideradas nesta pergunta a ajuda para o preparo da comida.

(1) Recebe ajuda parcial: quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para passar manteiga no pão ou cortar a carne ou algum outro alimento do seu prato.

(0) Recebe ajuda ou é alimentado por sonda: marque esta opção nos casos em que o idoso não conseguir segurar o garfo para colocar a comida na boca ou quando ele for alimentado por uma sonda direto na veia.

131. Para usar o telefone o(a) Sr.(a) ? (2) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (0) Não consegue usar sozinho	ITELEF __
---	-----------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue usar o telefone sozinho(a), desconsidere o telefone celular. Caso o idoso relate não lembrar o número do telefone, pergunte se ele tendo o número com auxílio de uma agenda ou de alguma pessoa lhe informando, ele consegue discar os dígitos e fazer ligações. Nos casos em que não exista telefone no domicílio, pergunte se o(a) idoso(a) consegue fazer uma ligação de um telefone de algum vizinho ou parente ou mesmo de um telefone público (“orelhão”).

(2) Não tem qualquer dificuldade: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir fazer as ligações telefônicas.

(1) Pode fazer com dificuldade: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate precisar de ajuda de alguém para discar alguns números para a ligação, ou quando consegue atender o telefone.

(0) Não consegue usar sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate não conseguir ou não saber usar o telefone comum.

132. Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr.(a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue ir sozinho	ISAIR __
--	----------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue utilizar sozinho(a) algum meio de transporte para o seu deslocamento e se consegue se deslocar de modo independente usando algum desses meios de transportes. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:

(2) Não recebe ajuda

(1) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate necessidade de ajuda de alguém para pegar um táxi ou ônibus.

(0) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) afirme não conseguir usar esses meios de transporte sozinho.

133. Para fazer suas compras, o(a) Sr. (a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	<i>ICOMPR</i> ___
---	-------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer compras sozinho(a) em locais públicos, como vendas, supermercados, lojas de roupas, etc. Não nos interessa saber se ele não consegue carregar sacolas, por exemplo.

(2) Não recebe ajuda: se o(a) idoso(a) conseguir fazer compras de forma autônoma.

(1) Recebe ajuda parcial: no caso do(a) idoso(a) relatar precisar da companhia de alguém para fazer compras.

(0) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) forma completamente incapaz de sair para fazer compras.

134. Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr. (a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue preparar sozinho	<i>ICOMIDA</i> ___
--	--------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer sozinho(a) sua própria comida. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. “Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue preparar sua própria comida sozinho?”

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir preparar sua comida sozinho(a).

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa de alguém para lhe ajudar a preparar sua comida.

(0) Não consegue preparar sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue fazer a comida, pois nunca fez essa tarefa.

135. Para arrumar sua casa, o(a) Sr. (a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue arrumar sozinho	<i>ILIMPEZ</i> ___
---	--------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue arrumar sozinho(a) sua casa, apartamento ou local onde vive. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. “Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?” Após ler todas as alternativas, marque a resposta do(a) entrevistado(a).

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) tenha alguma empregada que faça o serviço, mas quando necessário, o(a) idoso(a) relate ter capacidade de fazer a tarefa..

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue fazer todo o serviço ou não consegue fazer o serviço “pesado” de arrumar a casa.

(0) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue arrumar a casa ou não saber limpar a casa, pois nunca fez essa tarefa..

136. Para lidar com objetos pequenos como por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr. (a) : (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue fazer sozinho	<i>IOBJPEQ</i> ___
---	--------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue lidar com pequenos objetos.

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que manuseia a chave ou faz trabalhos manuais sozinho.

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa que alguém lhe ajude.

(0) Não consegue fazer sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue manusear pequenos objetos.

137. Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue tomar sozinho	<i>IREMED</i> __
---	------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue tomar os remédios na dose e nos horários certos. Caso ele(a) relate que não toma remédios, repita a pergunta da seguinte forma. “Se for necessário, o(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários certos?”

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que toma sozinho seus remédios, mesmo usando uma “caixinha” com os dias da semana.

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa que alguém lhe lembre de tomar os seus remédios

(0) Não consegue tomar sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue tomar seus remédios sem alguma pessoa lhe dar na boca a medicação.

138. Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr.(a)? (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue cuidar sozinho	<i>IDINHE</i> __
---	------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a).

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que cuida sozinho(a) do seu dinheiro.

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precise de ajuda de alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco.

(0) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue cuidar do seu dinheiro.

139. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	<i>ICAQUA</i> __
---	------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue caminhar, no mínimo uma quadra, pode ser usando bengala, andador,...

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que consegue caminhar uma quadra sem ajuda.

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa que alguém lhe acompanhar.

(0) Não consegue tomar sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue, mesmo com a ajuda de equipamentos.

140. Para subir um lance de escada o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue subir sozinho	<i>ILANCE</i> __
--	------------------

O objetivo é saber se o(a) idoso(a) consegue subir um lance de escada. Considerar escadarias e não escada para serviços domésticos. Caso ele(a) relate que não tem escada em casa, pergunte: “Se for necessário, o(a) Sr.(a) consegue subir escada?”

(2) Não recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relatar consegue sem ajuda.

(1) Recebe ajuda parcial: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa que alguém lhe ajude.

(0) Não consegue subir sozinho: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue subir um lance de escada.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU QUE PRECISA AJUDA PARCIAL OU GRANDE AJUDA NAS QUESTÕES ACIMA, APLIQUE AS QUESTÕES 142. SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO 145.

141. De quem o(a) Sr.(a) recebe ajuda parcial ou grande ajuda na maioria das tarefas que o precisa realizar? (1) Companheiro(a) - <i>SE NÃO TEM COMPANHEIRO, NÃO LER ESTA OPÇÃO!</i> (2) Filho(a) - <i>SE NÃO TEM FILHOS, NÃO LER ESTA OPÇÃO!</i> (3) Vizinho(a) (4) Amigos (5) Acompanhante pago - <i>APLIQUE QUESTÃO 143</i> (6) Acompanhante não pago - <i>PULE PARA QUESTÃO 144</i> () Outro (8)NSA (9)IGN	RECAJU ____
---	-------------

Ler cada uma das opções de ajuda e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

142. Se paga, quanto o(a) Sr(a) paga por mês? R\$ _____, _____ (reais) (888888)NSA (999999)IGN	PAGME _____
--	-------------

Informar o total, em reais, do quanto gasta por mês com acompanhante.

143. Quanto tempo (em horas) o(a) Sr(a) recebe de ajuda durante o dia? _____ (horas) _____ (min) (00) menos de 1 hora (88)NSA (99)IGN	TEAJHD ____
---	-------------

Anotar o número de horas que recebe ajuda durante um dia, incluindo o período noturno.

RELACIONAMENTO SOCIAL E REDE DE APOIO

144. Durante uma semana normal, nos < ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr.(a) saiu de casa (fora do prédio)? (7) Não saiu nenhum dia (8) Saiu todos os dias (9) Saiu 1 vez por semana (10) Saiu entre 2 a 4 vezes na semana (9)IGN	SAIUCASA ____
---	---------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

145. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar a sua família? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 145 (1) Sim (2) Não tem família - PULAR PARA 150, NÃO APLICAR 156 E 157 (9)IGN	VISFAM2S ____
---	---------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada. Se a pessoa respondeu no início que não tem família anotar a opção 2 e não aplicar as questões 156 e 157 e pular 150.

146. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes (8)NSA (9)IGN	VISFAMFR ____
--	---------------

Se foi visitar anotar quantas vezes foi nos últimos 15 dias.

147. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, a sua família lhe visitou? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 150 (1) Sim (9)IGN	FAMVIS2S ____
--	---------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

148. SE SIM, quantas vezes?	FAMVISFR ____
------------------------------------	---------------

(1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8) NSA (9) IGN	
--	-----------------	--

Se a família visitou anotar quantas vezes foi nos últimos 15 dias.

149. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr.(a) foi visitar seus amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 152 (1) Sim (9) IGN	VISAMI2S __
---	-------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

150. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8) NSA (9) IGN	VISAMFR __
--	-----------------	------------

Se visitou seus amigos anotar quantas vezes foi nos últimos 15 dias.

151. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, seus amigos lhe visitaram? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 154 (1) Sim (9) IGN	AMVIS2S __
--	------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

152. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8) NSA (9) IGN	AMVISFR __
--	-----------------	------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

153. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS>, o(a) Sr.(a) teve contato por telefone ou por carta com seus parentes ou amigos? (0) Não - PULE PARA QUESTÃO 156 (1) Sim (9) IGN	TELAM2S __
---	------------

Se teve contato anotar quantas vezes foi nos últimos 15 dias.

154. SE SIM, quantas vezes? (1) Uma ou duas vezes (2) Três a seis vezes (3) Mais de seis vezes	(8) NSA (9) IGN	TELAMFR __
--	-----------------	------------

Perguntar e anotar a resposta mais adequada.

155. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).				
Dinheiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJFAMOFD
Moradia	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJFAMOFM
Companhia / cuidado pessoal	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJFAMOFM
Outro: _____				TIAJFAMOFO __

Perguntar cada uma das opções e anotar as respostas.

156. Que tipo de ajuda ou assistência o Sr(a) oferece para sua família? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).				
Dinheiro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJOFFAMD
Moradia	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJOFFAMM
Companhia / cuidado pessoal	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	TIAJOFFAMC
Outro: _____				TIAJOFFAMO

Perguntar cada uma das opções e anotar as respostas.

157. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos? (8) O(A) entrevistado(a) diz não ter amigos (0) Não está satisfeito (1) Sim (9) IGN	SATISRELAM __
---	---------------

Fazer a pergunta e anotar conforme a resposta do entrevistado.

158. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem	SATISRELVIZ
--	-------------

com seus vizinhos (8) Entrevistado(a) diz não ter relação com os vizinhos (0) Não (1) Sim (9) IGN	
--	--

Fazer a pergunta e anotar conforme a resposta do entrevistado.

159. O(a) Sr.(a) tem algum animal de estimação em sua casa? (0) Não- PULE PARA QUESTÃO 162 (1) Sim (9) IGN	ANIESTI__
--	-----------

O que interessa saber é se tem alguma companhia de animal em casa.

SE SIM, QUAL?					
Gato	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI1
Cachorro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI2
Passarinho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI3
Cavalo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	ANIESTI4
Outro:					OUTANIESTI

Se SIM na resposta anterior ler as opções.

160. <NA SEMANA PASSADA> o(a) Sr. (a) recebeu visita de alguma destas pessoas?					
Vizinhos/ amigos	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISVIZAM
Irmão(ã)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISIR
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISF
Outros familiares (sobrinhos, netos)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		RECVISOURFA
Outros:					RECVISOUT

Ler as opções e anotar as respostas. Se o entrevistado não tiver filhos a questão não deve ser perguntada.

161. <NOS ÚLTIMOS 15 DIAS> o(a) Sr. (a) assistiu televisão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ASSISTV__
---	-----------

Perguntar se assistiu televisão, não importando qual o canal.

162. Quando o(a) Sr. (a) assiste televisão, o que gosta de ver?					
Filme	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ASSISTV1
Novela	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ASSISTV2
Noticiário	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ASSISTV3
Jogos	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ASSISTV4
Outro:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ASSISTVO

Ler as opções e anotar as opções.

163. Quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr(a) costuma assistir televisão?					
__ __ horas __ __ min	(88) NSA	(99) IGN			HORTVDIA__ __ MINTVDIA__ __

Estimar em média, não precisa ser o número exato.

164. <NOS ÚLTIMOS 30 DIAS>, o(a) Sr. (a) fez alguma destas atividades?					
Foi a missa ou culto na igreja	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		MISSA
Participou de festa na comunidade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		FESCOM
Participou de festa da família	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		FESFA
Participou de alguma oficina ou grupo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		OFIMI
Participou de algum baile	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		BAILE
Viajou para outra cidade	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		VIAJ
Viajou de excursão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		EXC
Foi a algum velório ou enterro	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		VELENT

Ler as opções e anotar as respostas.

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

FALAR: PRIMEIRO EU GOSTARIA QUE O SR(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU TEMPO LIVRE (LAZER).

- PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE SABER QUE:

- ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.

- ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.

EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, CONSIDERAR SOMENTE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS

<p>165. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.</p> <p>_____ dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 169 (9) IGN</p>	<p>CAMDIA __</p>
--	------------------

A pergunta se refere aos últimos sete dias, ou seja, se a entrevista estiver sendo realizada numa quarta-feira, o período é desde quarta-feira da semana passada. Queremos saber em quantos dias, destes últimos sete, o(a) entrevistado(a) caminhou pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre, sem contar caminhadas para ou no trabalho, nem em casa, em atividades domésticas.

As caminhadas que durem menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o(a) entrevistado(a) disser “Talvez três ou quatro dias”, considere como resposta três dias.

<p>166. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia?</p> <p>_____ minutos p/dia (888)NSA (999)IGN</p>	<p>MINCA __ __</p>
--	--------------------

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar as caminhadas nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que caminhou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com caminhada em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo caminhou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA

<p>167. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>_____ dias/semana (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 171 (9)IGN</p>	<p>FORDIA __</p>
---	------------------

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) fez atividades físicas FORTES por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado

quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com 9.

Se o(a) entrevistado(a) perguntar: “O que são atividades fortes?”, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades fortes, considere o menor número referido.

<p>168. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia? minutos p/dia (888)NSA (999)IGN</p>	<p>MINFOR __ __ __</p>
--	------------------------

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar atividades FORTES nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que faz atividades fortes “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que faz atividades fortes por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades fortes em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo fez atividades fortes $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

<p>169. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. dias (0) nenhum → PULE PARA QUESTÃO 173 (9)IGN</p>	<p>IMEDIA __</p>
---	------------------

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) fez atividades físicas médias por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com o valor 9.

Se o(a) entrevistado(a) perguntar: “O que são atividades médias?”, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades médias, considere o menor número referido.

<p>170. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia? + + + + = minutos p/dia (888)NSA (999)IGN</p>	<p>IMIND __ __ __</p>
--	-----------------------

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar atividades MÉDIAS nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que faz atividades médias “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que faz atividades médias por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades médias em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo fez atividades médias $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

<p>171. Em relação a <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está: (4) Menor (5) Igual - PULE PARA QUESTÃO 175 (6) Maior (9)IGN</p>	<p>MAFPAS __</p>
---	------------------

Nessa questão você deve se referir ao mês correspondente no ano passado, por exemplo, se estamos em JULHO de 2008 você deve fazer a pergunta se referindo a JULHO de 2007 e

também deve ler as respostas. Se o(a) entrevistado(a) referir que sua atividade física está igual a do ano passado, pule para a questão 175.

172. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico?	<i>MMOTIV</i> __ __
(88) NSA (99) IGN	

Essa questão quer saber o PRINCIPAL motivo do(a) entrevistado(a) ter mudado o seu comportamento em relação à prática de atividade física, isto é, se na questão anterior ele respondeu que aumentou ou diminuiu a prática de atividades físicas, você deve escrever por extenso, mais detalhadamente possível, o que o(a) entrevistado(a) responder, especificando o sentido da mudança (aumentou ou diminuiu) Por exemplo: se o(a) entrevistado(a) referiu na pergunta anterior que ele aumentou sua prática de atividades físicas e nessa pergunta ele disse que foi por causa do trabalho, pois está trabalhando mais longe e vai a pé, você deve anotar que ele aumentou sua prática de atividades físicas porque está trabalhando mais longe e vai a pé todos os dias.

173. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica?	<i>MRECEB</i> __ __
(0) Não- PULE PARA QUESTÃO 182 (1) Sim (9) IGN	

A expressão <1 ANO ATRÁS> refere-se ao mesmo mês de aplicação da entrevista, com relação ao ano passado. Exemplo: Se a entrevista estiver sendo aplicada no mês de julho pergunte: Desde JULHO do ano passado.

Essa questão se refere ao recebimento de orientação para a prática de atividade física, independente de ter procurado ou não essa orientação. Se o(a) entrevistado(a) referir que não recebeu orientação alguma pule para a questão 182, caso contrário continue as perguntas seguintes.

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

174. Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação? (07) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (08) Ambulatório público (SUS ou faculdade) (09) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa (10) Consultório particular/plano de saúde (11) Academia (12) Meios de comunicação (jornal, revista, <input type="checkbox"/> internet, rádio, televisão) (13) Outro	<i>MONREC</i> __ __
(88) NSA (99) IGN	

Você deve ler as opções de resposta e marcar a que o(a) entrevistado(a) referir, se não se encaixar em nenhuma das opções ou se o entrevistado responder mais de uma opção, marque a opção outro e anote a resposta.

Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde – Considere consulta pelo SUS em qualquer um dos Postos de Saúde.

Ambulatório público (SUS) – Considere ambulatório consultas ambulatoriais, independente da especialidade médica e também com nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira(o).

Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa – Considere serviços localizados em, ou de sindicatos ou empresas e também de planos de saúde ou convênio nas quais as consultas não impliquem em gastos diretos. Ex: Eu consulto no local de trabalho ou na sede da empresa, ou eu fui no Pronto atendimento da UNIMED ou do Saúde Maior.

Consultório particular/plano de saúde – Considere consultas com médico, nutricionista, fisioterapeuta tanto através de plano de saúde, convênio quanto e seus consultórios particulares.

Academia – Considere aqui academias de ginástica.

Meios de comunicação – considere aqui todos os meios de comunicação, jornal, revista, internet, rádio ou televisão.

175. Quem lhe orientou? (01) Médico(a) (02) Professor(a) de Educação física (03) Nutricionista (04) Fisioterapeuta (05) Enfermeiro(a) (06) Outro _____ (88)NSA (99)IGN	MQUEMOR__ __
---	--------------

Marcar uma opção correspondente à resposta do(a) entrevistado(a) quanto ao profissional a quem o mesmo referir ter recebido a orientação, caso haja alguma resposta que não se encaixe em nenhuma opção, como por exemplo, se ele falar meio de comunicação (jornal, revista, televisão, internet) ou alguma outra coisa, marque no outro e escreva por extenso o que o(a) entrevistado(a) referiu. Se o(a) entrevistado(a) referir que algum estudante lhe orientou, como, por exemplo, estudante de educação física, nutrição, medicina, fisioterapia e enfermagem marcar a opção correspondente ao profissional.

176. Qual atividade física foi orientada? (01) Caminhada (02) Corrida (03) Hidroginástica (04) Natação (05) Outro _____ 88)NSA (99)IGN	MQAFOR__ __
--	-------------

Marque a atividade física que o(a) entrevistado(a) responder, se o indivíduo referir alguma atividade física que não se encontra nas opções ou se ele referir mais de uma opção, marque outro e escreva por extenso a atividade física referida.

177. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a <ATIVIDADE FÍSICA> deveria ser feita? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	MORVEZ __
--	-----------

Pergunte se o(a) entrevistado(a) foi informado sobre quantas vezes por semana ele deveria praticar atividades físicas e marcar se sim ou não. Troque a expressão atividade física por aquela que o entrevistador ter sido orientado. Por exemplo: Se na opção anterior o entrevistado disse que foi orientado sobre CAMINHADA, pergunte “o(a) Sr(a) foi orientado sobre quantas vezes por semana a CAMINHADA deveria ser feita?”

178. O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a atividade física deveria ter? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	MORTEMP __
---	------------

Pergunte se o(a) entrevistado(a) foi informado sobre o tempo que ele(a) deveria praticar atividades físicas e marcar se sim ou não. Troque a expressão atividade física por aquela que o entrevistador ter sido orientado. Por exemplo: Se na opção anterior o entrevistado disse que foi orientado sobre CAMINHADA, pergunte “o(a) Sr(a) foi orientado sobre quanto tempo a CAMINHADA deveria ter.”

179. Depois das orientações recebidas, sua atividade física: (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) Não mudou _____ (8)NSA (9)IGN	MMUD __
--	---------

Pergunte se o(a) entrevistado(a), depois das orientações recebidas, aumentou, diminuiu ou não mudou sua prática de atividade física. Nessa questão você deve ler as opções de resposta.

180. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica? (11) Não → PULE PARA QUESTÃO 184 (12) Sim _____ (8)NSA (9)IGN	MPROCOR__
--	-----------

Nessa questão você deve perguntar se o(a) entrevistado(a) procurou orientação para a prática de atividade física, isto é, se ele buscou, por sua conta, informações sobre atividade física. Se ele não procurou orientações pule para a questão 184

181. Se sim: Onde? (01) Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, _____	MONDPROC__ __
---	---------------

rádio) (02) Serviço de saúde (03) Academia (04) Trabalho (05) Outro	(88) NSA (99) IGN
---	-------------------

Você deve ler as opções de resposta e marcar as que o(a) entrevistado(a) referir, podendo ser mais de uma, e se o(a) entrevistado(a) falar algum outro que não está como opção marcar e escrever o que foi dito.

Na opção Serviço de Saúde considere qualquer serviço, ambulatórios de faculdades, hospitais, consultórios, postos de saúde.

182. O(A) Sr. (a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou - PULE PARA QUESTÃO 187 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há _____ anos _____ meses	FUMO ___ TPAFA ___ ___ TPAFM ___ ___
--	--

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se nunca fumou, pule para a questão 187. Se o entrevistado responder que já fumou, mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (2). Se fuma menos de um cigarro por dia e / ou há menos de um mês, considere como não (0).

183. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) fuma ? (ou fumou durante quanto tempo) ? anos _____ meses _____ (88) NSA (99) IGN	TFUMA ___ ___ TFUMM ___ ___
---	--------------------------------

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Usar “00” se fuma ou fumou há / por menos de um ano. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão.

184. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma (ou fumava) por dia? cigarros _____ (88) NSA (99) IGN	CIGDI ___ ___
---	---------------

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão.

185. O(A) Sr. (a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não - PULE PARA QUESTÃO 192 CRS: (1) sim (2) não	BEAL30D ___ CRBBALC ___
---	----------------------------

(Ex: cerveja, chope, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, champagne, whisky, vodka) Considere “Sim” caso o indivíduo tenha tomado alguma vez qualquer uma das bebidas citadas acima. Considere como “Não” caso o indivíduo nunca tenha tomado bebida alcoólica. Se a resposta for não pule para a questão 192

186. Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não (9) IGN	CAGE1 ___ CRCAG1 ___
--	-------------------------

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

187. As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE2 ___ CRCAG2 ___
---	-------------------------

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

188. O(A) Sr. (a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE3 ___ CRCAG3 ___
---	-------------------------

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

189. O(A) Sr. (a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	CAGE4 ___ CRCAG4 ___
---	-------------------------

Você deverá marcar de acordo com o referido pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS

POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES CONFORME O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO NO ÚLTIMO MÊS

As questões abaixo deverão ser respondidas com SIM ou NÃO. Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que último mês significa 30 dias antes do dia em que está sendo realizada a entrevista e que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na maioria dos dias. Por exemplo, se estamos no dia 04 de agosto, as perguntas se referem a desde a data de 04 de julho.

190. O(A) Sr. (a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Não (1) Sim	ISATIS ___
191. O(A) Sr. (a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não (1) Sim	IINTER ___
192. O(A) Sr. (a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não (1) Sim	IVAZIA ___
193. O(A) Sr. (a) se aborrece com frequência?	(0) Não (1) Sim	IABORR ___
194. O(A) Sr. (a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim	IHUMOR ___
195. O(A) Sr. (a) tem medo que algo ruim lhe aconteça?	(0) Não (1) Sim	IMEDO ___
196. O(A) Sr. (a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim	IFELIZ ___
197. O(A) Sr. (a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não (1) Sim	ISAIDA ___
198. O(A) Sr. (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não (1) Sim	IPREFE ___
199. O(A) Sr. (a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não (1) Sim	IMEMOR ___
200. O(A) Sr. (a) acha maravilhoso estar vivo?	(0) Não (1) Sim	IVIVO ___
201. O(A) Sr. (a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não (1) Sim	INUTIL ___
202. O(A) Sr. (a) se sente cheio de energia?	(0) Não (1) Sim	IENER ___
203. O(A) Sr. (a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não (1) Sim	ISEMES ___
204. O(A) Sr. (a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr. (a) ?	(0) Não (1) Sim	IMELHO ___

AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

1. Seguir criteriosamente a instrução de cada pergunta, lendo-a pausadamente, sem interferir ou auxiliar o entrevistado nas respostas. Se outra pessoa estiver presente e tentar ajudar, diga, com delicadeza, que é

muito importante que estas perguntas sejam respondidas somente pelo entrevistado.

2. Qualquer dúvida ou informação dada pelo entrevistado deve ser anotada.

3. Nunca corrija as respostas dadas pelo entrevistado; estimule-o a prosseguir com expressões como “MUITO BEM”, “ÓTIMO”, “VAMOS ADIANTE”

4. Mesmo os analfabetos devem ser entrevistados no mini-mental.

ASSINALAR AO LADO DE CADA RESPOSTA “C” PARA “CERTO” OU “X” PARA “ERRADO”.

205. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos?

O dia da semana: _____

O dia do mês: _____

O mês: _____

O ano: _____

A hora aproximada: _____ : _____

DIAS ____

DIAM ____

MÊS ____

ANO ____

HORA ____

OTEMP ____

Pergunte “QUAL É O DIA DA SEMANA EM QUE ESTAMOS?”; anote a resposta; siga perguntando os demais itens e anotando as respostas nos espaços correspondentes.

Em relação à hora aproximada, se o entrevistado responder que não sabe, diga “MAIS OU MENOS, QUE HORAS O(A) SR(A) ACHA QUE É AGORA?”. Anote a resposta. Se o entrevistado, automaticamente, olhar para o relógio, não faça nenhum comentário e anote a resposta. Caso o entrevistado apresente algum déficit auditivo, fale em tom de voz mais alto que o habitual e registre esta observação.

206. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos?

A cidade () Bagé () outra () não sabe

O bairro: _____ () outro () não sabe

O estado () RS () outro () não sabe

O país () Brasil () outro () não sabe

A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe

CIDADE ____

BAIRRO ____

ESTADO ____

PAIS ____

PEÇA ____

OESPA ____

SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE:

Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe

Pergunte “QUAL É A CIDADE ONDE ESTAMOS?”; anote a resposta; siga perguntando os demais itens e anotando as respostas nos espaços correspondentes.

Caso a entrevista esteja sendo realizada na rua, substitua “peça da casa / apartamento” por “EM QUE LADO DE SUA CASA NÓS ESTAMOS?”. As possíveis respostas são: frente, fundos, lateral ou lado, lado direito ou lado esquerdo.

Em relação à peça da casa / apartamento, primeiramente observe em que peça vocês estão.

ATENÇÃO: Vocês poderão estar sentados num sofá (sala), numa peça onde também funciona a cozinha. Nesse caso, a resposta poderá ser sala ou cozinha.

A resposta *outro* será anotada quando a informação do entrevistado for totalmente equivocada.

Ex.: vocês estão na sala e o entrevistado diz estar no banheiro.

207. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO.

O(A) Sr.(a) poderia repetir para mim?

() carro () outro () não sabe

() vaso () outro () não sabe

() tijolo () outro () não sabe

CARRRO ____

VASO ____

TIJOLO ____

Leia a pergunta “EU VOU LHE DIZER O NOME DE TRÊS OBJETOS: CARRO, VASO, TIJOLO. O SR(A) PODERIA REPETIR PRA MIM? PAUSADAMENTE diga as palavras CARRO, VASO, TIJOLO e então pergunte: “O(A) SR(A) PODERIA REPETIR PARA MIM?”. Se o entrevistado começar a repetição logo após você ter dito a primeira palavra, diga “POR FAVOR, ESPERE EU TERMINAR E REPITA DEPOIS, TUDO BEM?”

Anotar a primeira resposta, independente da ordem em que as palavras forem repetidas. Se o entrevistado não conseguir repetir as três palavras corretamente, repita a questão até que ele memorize as três palavras.

Anote abaixo da pergunta o número de tentativas para memorização (no máximo 5). Se mesmo após 5 tentativas o entrevistado não memorizou as três palavras, independente da ordem, anote: 5 tentativas sem sucesso.

<p>208. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é:</p> <p>2. 100 - 7: _____</p> <p>3. 93 - 7: _____</p> <p>4. 86 - 7: _____</p> <p>5. 79 - 7: _____</p> <p>6. 72 - 7: _____</p>	<p>CONTA ____</p>
--	-------------------

Diga “**AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS CONTAS**” e pergunte **QUANTO É 100 – 7**; anote a resposta no espaço correspondente. Prossiga com as outras subtrações da mesma forma. Caso o entrevistado demonstre resistência com justificativas do tipo “nunca fui bom em matemática; não sei fazer contas; a cabeça não está mais ajudando...” reforce que é muito importante ele responder todas as perguntas e que você não está lá para julgar se as respostas estão certas ou não. Diga algo como: ”**POR FAVOR, FAÇA UM ESFORÇO POIS ISSO É MUITO IMPORTANTE PARA NOSSA PESQUISA**”. Não é permitido que ele(a) faça contas no papel.

<p>209. O(A) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes?</p> <p>() carro () outro () não sabe</p> <p>() vaso () outro () não sabe</p> <p>() tijolo () outro () não sabe</p>	<p>CARRO1 ____</p> <p>VASO1 ____</p> <p>TIJOLO1 ____</p>
---	--

Apenas faça a leitura da pergunta. Se o entrevistado disser imediatamente que não lembra, diga “**EM UMA PERGUNTA ANTERIOR EU LHE DISSE O NOME DE TRÊS OBJETOS, ESTÁ LEMBRADO? ENTÃO, EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) TENTASSE SE LEMBRAR O NOME DESSES OBJETOS**”. Marque as repostas, independente da ordem.

<p>210. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR></p> <p>Um lápis (padrão) () lápis () outro</p> <p>Um relógio de pulso () relógio () outro</p>	<p>LAPIS ____</p> <p>RELO ____</p>
---	------------------------------------

Leia a pergunta “**COMO É O NOME DESTES OBJETOS?**” e mostre um lápis e um relógio de pulso simples, “com cara de relógio”.

<p>211. Eu vou dizer uma frase “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.</p> <p>O(A) Sr.(a) poderia repetir?</p> <p>() repetiu () não repetiu</p>	<p>REPET ____</p>
---	-------------------

Leia a pergunta “**EU VOU DIZER UMA FRASE**” e leia a frase “**NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ**” pausadamente. Solicite ao entrevistado que repita. A repetição deve ser exatamente na mesma ordem.

<p>212. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções: Primeiro leia as 3 instruções e somente depois o(a) entrevistado(a) deve realizá-las.</p> <p>Pegue este papel com a mão direita ()cumpriu ()não cumpriu</p> <p>Dobre ao meio com as duas mãos ()cumpriu ()não cumpriu</p> <p>Coloque o papel no chão ()cumpriu ()não cumpriu</p>	<p>ETAPA1 ____</p> <p>ETAPA2 ____</p> <p>ETAPA3 ____</p>
---	--

Pegue uma folha em branco e, com ela em suas mãos, leia a pergunta **EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) FIZESSE DE ACORDO COM AS SEGUINTE INSTRUÇÕES: O(A) SR(A) VAI PEGAR ESTE PAPEL COM SUA MÃO DIREITA** – se nesse momento o entrevistado fizer qualquer gesto para pegar a folha, peça que ele espere o final das instruções (**POR FAVOR, ESPERE UM POUCO**), **DOBRAR AO MEIO COM AS DUAS MÃOS E COLOCAR O PAPEL NO CHÃO**.

Depois de ler a instrução, colocar o papel sobre sua prancheta e diga “**O(A) SR(A) PODE PEGAR A FOLHA**”. Observe a execução das tarefas e anote com um X as respostas. Se ele não acertar alguma das ordens, não invalide as demais.

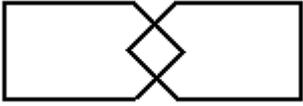
<p>213. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) Sr.(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil.</p> <p>MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHE OS OLHOS”</p>	<p>LEI ____</p>
--	-----------------

() realizou tarefa () não realizou tarefa () outro	
---	--

Deve ser aplicada a todos os entrevistados, independente da escolaridade, ou seja, inclusive para aqueles analfabetos. O entrevistado pode pegar o papel na mão e aproximar ou afastar da face o quanto desejar. Observe se ele(a) executa a tarefa ou não. Se o entrevistado não conseguir executar a tarefa devido a algum déficit visual, registre nas observações. No máximo repetir até três vezes.

214. O(A) Sr.(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR (ANTES DO DESENHO)	FRASE __
---	----------

Somente deverá ser aplicada a pessoas que sabem escrever (perguntar antes). Diga **“AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR(A) ESCREVESSE UMA FRASE DE SUA ESCOLHA, UMA FRASE QUALQUER”**. Ofereça seu lápis e indique o local do questionário em que a frase deve ser escrita. Se necessário, explicar que **NÃO IMPORTA O TIPO DE FRASE, SE VAI ESTAR CERTO OU NÃO, NEM SE LETRA DELE(A) É BONITA OU FEIA; CASO O ENTREVISTADO RESISTA, INSISTA UM POUCO, EXPLIQUE NOVAMENTE QUE É IMPORTANTE PARA A PESQUISA QUE ELE TENDE RESPONDER A TODAS AS PERGUNTAS**. Evite dizer “Pode escrever qualquer coisa”, pois muitos entendem que pode ser uma palavra. Se necessário, oriente o entrevistado dizendo **“uma FRASE QUE COMECE COM EU, POR EXEMPLO”**. No máximo repetir até três vezes.

215. E para terminar esta parte, eu gostaria que o(a) Sr.(a) copiasse esse desenho: MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO	PRAXIA __
<p>ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE</p> 	TOTAL __ __

Aplicada inclusive para analfabetos. Mostrar o desenho, oferecer o lápis e orientá-lo a copiar o mesmo ao lado. Se necessário, tranquilize-o dizendo que **NÃO IMPORTA SE VAI FICAR TORTO, TREMIDO, BONITO OU FEIO. O IMPORTANTE É TENTAR COPIAR O DESENHO DA MELHOR FORMA POSSÍVEL**. No máximo repetir até três vezes.

BLOCO SOCIOECONÔMICO

AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

216. Na sua casa o(a) Sr. (a) tem: Aspirador de pó? (0) Não (1) Sim (9) IGN Máquina de lavar roupa? (0) Não (1) Sim (9) IGN Videocassete ou DVD? (0) Não (1) Sim (9) IGN Geladeira? (0) Não (1) Sim (9) IGN Freezer ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim (9) IGN Forno de microondas? (0) Não (1) Sim (9) IGN Microcomputador? (0) Não (1) Sim (9) IGN Telefone fixo? (<i>convencion</i>) (0) Não (1) Sim (9) IGN	ASP ___ LAV ___ VDVD ___ GEL ___ FRDU ___ MICR ___ MICROCOMP ___ TELFIX ___
--	--

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor - Vaporetto. Perguntar sobre maquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado. Verificar presença de qualquer tipo de Videocassete, mesmo conjunto com a televisão, e/ou aparelho de DVD.

No caso do freezer ou geladeira duplex, o que importa é a presença de freezer. Valerá como resposta “sim” se for um eletrodoméstico separado, ou uma combinação com a geladeira (duplex, com freezer no lugar do congelador).

217. Na sua casa, o(a) Sr. (a) tem...? Quantos? Rádio (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN Televisão preto e branco (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN Televisão colorida (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN Automóvel (<i>somente de uso particular</i>) (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	RAD ___ TVPB ___ TVCOL ___ AUT ___
---	---

A pergunta deverá ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios, por exemplo. Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

Só contam veículos de passeio, não contam veículos como táxi, vans ou pick-up usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (laser e profissional) não devem ser considerados.

218. Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) SIM, quantos? ___	EMPDOM ___ EMPDOMQT ___
--	----------------------------

Dependendo da “aparência do entrevistado”, fica melhor a pergunta “Quem faz o serviço doméstico em sua casa?”. Caso responda que não é feita pelos familiares (geralmente esposa e/ou filhas, noras), ou seja, existe uma pessoa paga para realizar tal tarefa, perguntar se funciona como mensalista ou não (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego). Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

219. Quantas pessoas moram nessa casa? ___ pessoas (99) IGN	QTMOCASA ___
---	--------------

Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem, ou seja, dormem e fazem refeições.

220. Quantas peças são usadas para dormir? ___ peças (99) IGN	QTPECDORM ___
---	---------------

Anotar o número de peças utilizadas para dormir. Se for 5, anotar 05.

221. Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). ___ banheiros (99) IGN	QTBANCA ___
---	-------------

O que define banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e o(s) da(s) suítes. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) NÃO devem ser considerados.

222. Qual a escolaridade do chefe de família? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	ESCPESMAIREND __
---	------------------

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou, na falta deste, a pessoa responsável no momento da entrevista. Deve ser considerado o último ano completado, não cursado. O chefe do domicílio será aquele que possui maior renda (maior mesada).

223. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ ___ ___ ___ ___ por mês Pessoa 2: R\$ ___ ___ ___ ___ por mês Pessoa 3: R\$ ___ ___ ___ ___ por mês Pessoa 4: R\$ ___ ___ ___ ___ por mês Pessoa 5: R\$ ___ ___ ___ ___ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN	BRF1 ___ ___ ___ ___ BRF2 ___ ___ ___ ___ BRF3 ___ ___ ___ ___ BRF4 ___ ___ ___ ___ BRF5 ___ ___ ___ ___
--	--

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário ou aposentadoria no mês passado. Enumere cada pessoa. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário/quinzenal especifique ao invés de calcular por mês. Se mais de cinco pessoas contribuírem com salário ou aposentadoria para a renda familiar anote os valores ao lado e, posteriormente some todas as rendas que restarem e marque o valor total na pessoa cinco. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Não esqueça que a renda se refere ao mês anterior. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total. Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar a renda líquida e não a renda bruta. Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho. A mesada dos pais que moram no domicílio não devem ser consideradas. Considerar somente a mesada dos pais se estes não morarem no domicílio. Ganhos com jogos de azar não devem ser incluídos na renda.

224. A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim - Quanto? R\$ ___ ___ ___ ___ por mês (88888) NSA (99999) IGN	OUTRFORN __ OUTRQTO ___ ___ ___ ___
---	--

Esta pergunta refere-se a outras fontes de renda constantes que a família tenha, através de uma ou mais pessoas de sua casa, também referente ao mês anterior.

225. O(A) Sr. (a) possui algum plano de saúde ou convênio (tipo UNIMED, IPE, FUSEX, Sindicato)? (0) Não (1) Sim. QUAL? _____ (9) IGN	PLANOSAUDE __ PLANQUAL __
---	------------------------------

Considerar qualquer plano de saúde, convênio ou seguro que cubra despesas médicas, hospitalares, atendimento odontológico, fisioterapia, enfermagem. Se SIM, pergunte QUAL e anote.

PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR: O questionário foi respondido: (1) Todo pelo(a) idoso(a), sem ajuda (2) Todo pelo(a) idoso(a), com ajuda (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa	<i>QUERESP__</i>
---	------------------

Escolher a opção e anotar. Se nenhuma das opções atende a necessidade, escrever a situação no pé da página.

ANOTE O HORÁRIO DO TÉRMINO DA ENTREVISTA

ENCERRE O QUESTIONÁRIO E AGRADEÇA A COLABORAÇÃO



APÊNDICE 7

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

CONTROLE DE QUALIDADE

PROJETO ADOMIS - IDOSOS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE

Número do(a) entrevistador (a): __ __	<i>NUENT</i> __ __
Unidade Básica de Saúde: __ __	<i>UBS</i> __ __
Número da micro-área: __ __	<i>MICRO</i> __ __
Número da quadra: __ __	<i>QUADRA</i> __ __
Número do domicílio: __ __ __	<i>DOM</i> __ __ __
Número da Pessoa no domicílio: __ __	<i>NPED</i> __ __
Data da entrevista de CQ: __ __ / __ __ / 2008	
1. Confirmar o nome do(a) entrevistado(a): _____	<i>CONFNOME</i> __
2. O Sr (a) foi visitado nos últimos dias por uma pessoa que fez perguntas sobre a sua saúde? (0) Não (1) Sim	<i>RECVIS</i> __
AVISAR QUE VAI REFAZER ALGUMAS PERGUNTAS	
14. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim	<i>APOS</i> __
34. Algum médico disse que o Sr(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN	<i>HASREF</i> __
40. Neste ano (2008) o(a) Sr(a) fez vacina contra a gripe? (0) Não (1) Sim (9) IGN	<i>VACGRIPE</i> __
67. Desde <1 ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) quebrou ou fraturou algum osso? (0) Não (1) Sim (9)IGN	<i>FRAT</i> __
83. O(A) Sr.(a) usa aparelho para ouvir? (0) Não (1) Sim (9)IGN	<i>AUDIAP</i> __ <i>AUDIAPTE</i> __ __
100. Foi solicitado atendimento em casa desde <3 MESES ATRAS>? (0) Não (1) Sim (9)IGN	<i>SOLAD</i> __
140. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (2) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (0) Não consegue andar sozinho	<i>ICAQUA</i> __
184. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há __ anos __ meses (9)IGN	<i>FUMO</i> __ <i>TPAFA</i> __ __ <i>TPAFM</i> __ __
227. O (A) Sr(a) possui algum plano de saúde ou convênio (tipo UNIMED, IPE, FUSEX, Sindicato) (0) Não (1) Sim. Qual? _____ (9)IGN	<i>PLANOSAUDE</i> __ <i>PLANQUAL</i> __

AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO.
ASSINATURA DO SUPERVISOR _____

RELATÓRIO DO
TRABALHO DE CAMPO

**Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Doutoranda: Elaine Thumé

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Pelotas – RS, 2008

1 Introdução

O relatório apresenta o trabalho de campo, incluindo o planejamento, a execução e sua conclusão. A preparação do campo ocorreu no período de maio a julho de 2008 e a coleta de dados iniciou em julho de 2008 e foi concluída em novembro do mesmo ano, em Bagé, Rio Grande do Sul.

O estudo envolveu a população idosa residente na área urbana de Bagé. O delineamento foi transversal e os dados foram coletados através de entrevistas com a utilização de questionários pré-codificados a todos os idosos moradores dos domicílios selecionados na amostra.

O objetivo do estudo foi o de identificar o acesso e a utilização de assistência domiciliar por idosos em áreas sob cobertura das equipes de saúde da família e em áreas sob cobertura das equipes tradicionais de atenção básica.

A colaboração recebida da Secretaria Municipal de Saúde de Bagé, da Universidade da Região da Campanha – URCAMP e da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, foram de extrema importância para o êxito do trabalho de campo.

2 Questionários

O questionário foi elaborado entre março e julho de 2008. As perguntas contemplaram os aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais, cognitivos, depressão, morbidades, capacidade funcional, atividade física, auto-percepção de saúde, utilização de serviços de saúde e rede de apoio informal. Foi aplicado a todos os idosos residentes no domicílio selecionado na amostragem. No caso de impossibilidade da participação do idoso, o questionário foi aplicado ao cuidador principal, não sendo coletado as questões que dependiam diretamente da participação do idoso, como por exemplo, as questões relativas a avaliação cognitiva, depressão e auto-percepção da situação de saúde.

3 Manual de instruções

O manual de instruções utilizado para a capacitação dos entrevistadores durante o treinamento e para consulta durante a fase de coleta dos dados está apresentado no Apêndice 6 do Projeto de Pesquisa. O manual tem como objetivo manter a padronização na coleta dos dados e esclarecer questões sobre a codificação e informações gerais, incluindo o comportamento e a postura dos entrevistadores durante o trabalho de campo.

4 Amostragem

O município dispunha, na época da coleta dos dados, 20 UBS na zona urbana do município (15 USF e 5 UBS Tradicionais). Os dados foram coletados nas áreas de abrangência da totalidade das UBS.

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

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

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

PSF. Neste contexto, cada quadrante teria, em média, 646 famílias, e mantendo a concentração de 0,3 idosos por domicílio, teremos 194 domicílios com idosos por quadrante.

A partir destes parâmetros, para uma amostra de 1.530 idosos, 826 seriam localizados em área de cobertura do PSF e 704 em área de cobertura das UBS Tradicionais.

Isto significava localizar 44 idosos em cada área de abrangência da ESF, 11 idosos por microárea. Ao interior das microáreas, a partir de um ponto sorteado aleatoriamente, foi utilizado um pulo de cinco domicílios, garantindo uma adequada distribuição dos domicílios no território, de modo que todos os domicílios tivessem a mesma probabilidade de serem amostrados. Nas UBS Tradicionais, a amostra seria de 141 idosos por UBS, 35 idosos em cada quadrante. Manteve-se o pulo de cinco domicílios. Todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, que residiam nos domicílios selecionados, fizeram parte da amostra elegível e foram convidados a participar da pesquisa. Um total de 1.713 idosos foram localizados e 1.593 foram entrevistados. Deste total, 822 nas áreas de cobertura do PSF e 741 nas áreas de cobertura das UBS Tradicionais atingindo assim, a amostra estimada para o estudo.

5 Pessoal envolvido

O trabalho contou com uma equipe localizada em Bagé e outra em Pelotas. As atribuições de cada um dos membros da equipe estão descritas a seguir:

5.1 Coordenador geral

Esta atribuição foi desempenhada pelo próprio doutorando que ficou responsável pelo projeto como um todo, participou de todas as negociações com a Secretaria Municipal de Saúde e reuniões de apresentação do projeto. Também planejou e executou o treinamento dos entrevistadores. Verificou as inconsistências dos questionários antes e depois de digitados, alertando sobre possíveis falhas na coleta de dados.

5.2 Coordenadoras de campo

Responsáveis pela execução do trabalho de campo que envolvia a seleção do pessoal, treinamento, acompanhamento das tarefas dos supervisores, elaboração de

rotinas do trabalho, contato com coordenadores das unidades e com a coordenação geral em Pelotas, quando necessário.

5.3 Supervisores de campo

Responsáveis diretos pelo trabalho dos entrevistadores, supervisão da codificação dos questionários e realização das entrevistas de controle de qualidade nos domicílios. Foram responsáveis pela construção dos mapas da área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, a divisão em micro-áreas e o sorteio do ponto de início da coleta em cada micro-área. Também distribuíam material aos entrevistadores e auxiliaram nas atividades de seleção e capacitação de entrevistadores.

5.4 Entrevistadores

Responsáveis pela realização das entrevistas domiciliares e codificação dos questionários. Entre os critérios para seleção foi solicitado ensino médio completo e disponibilidade de horário. Foram treinados com explicações teóricas do questionário utilizando o manual de instruções, realização de entrevistas e treinamento prático para capacitação na logística do trabalho de campo.

5.5 Digitadores

A primeira digitação foi realizada em Bagé sob supervisão do coordenador geral e dos coordenadores de campo. A segunda digitação foi realizada em Pelotas, sob supervisão da coordenação geral do estudo.

6 Estudo pré-piloto

O estudo pré-piloto foi realizado na cidade de Pelotas durante a fase de elaboração e teste do questionário. Foram aplicados cerca de 10 questionários em domicílios escolhidos aleatoriamente em áreas distintas da cidade.

7 Estudo-piloto

O estudo-piloto fez parte do treinamento dos entrevistadores. Foi realizado na cidade de Bagé, com idosos residentes em uma instituição de longa permanência e não incluídos na amostra. Foram aplicados cerca de 20 questionários, sob supervisão da coordenação geral do estudo, coordenador do trabalho de campo e supervisores. O

objetivo desta fase foi testar o questionário no ambiente mais próximo ao qual ele seria aplicado, avaliar e familiarizar os candidatos a entrevistadores com os instrumentos.

8 Reuniões com a Secretaria de Saúde de Bagé

Os contatos iniciais foram com o Secretário Municipal de Saúde e a coordenação do Programa Saúde da Família. Foi entregue uma cópia do projeto e a solicitação de apoio para as atividades do trabalho de campo, incluindo a disponibilidade de área física para a sede do estudo em Bagé. O estudo também foi apresentado aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, em reunião da equipe.



Figuras 4 e 5. Reunião com enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde. Bagé, 2008.

9 Logística pré-trabalho de campo

O pré-trabalho de campo incluiu:

- Contato com o IBGE para ter acesso ao mapa do município;
- Visita em todas as Unidades Básicas de Saúde do município para delimitar a área de abrangência de cada uma das unidades;
- Contato com o Coordenador do Campus Saúde da URCAMP para apoio na divulgação do estudo e área física para o treinamento dos entrevistadores;
- Contato com a responsável pelo programa Saúde do Idoso na 7ª Coordenadoria Regional da Saúde;
- Elaboração dos formulários de controle dos questionários;

- Contratação de dois supervisores para apoiar as atividades da coordenação do trabalho de campo
- Seleção dos entrevistadores, treinamento e distribuição das unidades pelas quais cada um passaria a ser responsável;
- Reprodução do material necessário para a coleta de dados;
- Divulgação do estudo em programas de rádios de Bagé
- Divulgação do estudo nos jornais de Bagé
- Estruturação da equipe de trabalho em Bagé.



09H:09MIN| 22/05/2008 - EDUCAÇÃO
Bagé terá primeira pesquisa epidemiológica de base populacional
 Projeto faz parte de tese de doutorado de professora da UPFel

Felipe Valóga/ESPECIAL JM

Entre os meses de julho e agosto, o município de Bagé terá sua primeira pesquisa epidemiológica de base populacional. O trabalho será executado através da coleta de dados que fará parte da tese de doutorado "Assistência Domiciliar a Idosos: Determinantes da necessidade e do desempenho dos serviços de atenção" da enfermeira e professora da Universidade Federal de Pelotas, Elaine Thumé. Para a execução dos trabalhos, a professora contará com o apoio da Universidade da Região da Campanha, 7ª Coordenadora Regional de Saúde e Secretária Municipal de Saúde e Meio Ambiente. Ao todo, serão 1.550 questionários aplicados para a população com mais de 60 anos de idade da zona urbana do município, dentro da abrangência das unidades básicas de saúde.

Segundo a doutoranda, a meta da pesquisa será evidenciar quais os motivos que levam os idosos a necessitarem de atendimento domiciliar e qual a capacidade de atendimento oferecida. Para a realização desta pesquisa, serão disponibilizados em torno de dez entrevistadores – trabalhadores das áreas de educação e da saúde, sob a coordenação da professora da Urcamp, Lucía Azambuja Vieira.

Dentro do questionário, haverá diversas questões pessoais, de perfil socioeconômico, e de saúde, como capacidade funcional e presença de doenças.

Elaine argumenta que escolheu Bagé para a pesquisa, por ser o município do Estado com mais de 100 mil habitantes com a maior cobertura populacional do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), e por experiências anteriores entre a UPFel com a cidade, em estudos de linha de base do projeto da Proesf e pesquisa de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica. "A proporção de idosos em Bagé hoje, conforme dados do IBGE, é de 12%, sendo superior a média nacional de 8% relatou".

Para Lucía, é um privilégio Bagé poder contar com uma pesquisa deste porte. "Isso fortalece o grupo de pesquisadores" destacou.

SULTANDO

SAÚDE

Pesquisa realizada por uma estudante de doutorado da UPFEL deve apontar o perfil dos idosos bageenses

Muitos domicílios de Bagé já têm visitas de entrevistadores interessados em saber se as madames possuem mais de 60 anos de idade. Agora faltam poucos para a conclusão da Universidade Federal de Pelotas com o trabalho que vai fazer em Bagé. Over 1.550 idosos, com idade acima de 60 anos, e terão um contato desta população.

O município de Bagé foi escolhido pela pesquisadora Elaine Thumé, que desenvolve o trabalho sob orientação do professor Luiz Augusto Facchini, por ser um dos que tem maior população idosa do Rio Grande do Sul. Ela quer saber como é a assistência domiciliar a idosos – determinantes da necessidade e do desempenho dos serviços de atenção básica. O mesmo questionário que está sendo aplicado pelos entrevistadores, será de base para outra pesquisa da doutoranda Neorma Tavares, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Elaine justifica o trabalho dizendo que nos últimos vinte anos vários autores têm discutido as transformações e as consequências do envelhecimento para a sociedade brasileira e para o sistema de saúde. O crescimento da população idosa em âmbito mundial é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades crônicas e incapacidades, gerando a neces-

Perfil do idoso

O estudo tem como objetivos: avaliar a situação de saúde dos idosos, a sua capacidade funcional, a utilização de medicamentos e de serviços de saúde e a rede de apoio social. Também se destaca a identificação de idosos que necessitam de assistência domiciliar, na tentativa de identificar o que de fato é essa necessidade e a capacidade de resposta dos serviços de atenção básica.

O delineamento proposto é o de um estudo transversal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde de zona urbana do município de Bagé. Na escolha de Bagé como local de estudo houve em consideração os seguintes fatores: Estratégia Saúde da Família, as experiências prévias no município com a presença da EUP-PROESF e a possibilidade de estabelecer parcerias com instituições locais para a realização de pesquisas, especialmente a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Regional de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente da UPFEL, a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente da Urcamp.

Elaine explica que o município foi dividido em áreas, essas áreas serão visitadas e os entrevistados classificados em uma sequência aleatória de residência em cada quadrante.

Dados de base

De acordo com as estimativas do IBGE (IBRAMS, 2006) a população total de Bagé era de 122.461 pessoas, sendo que 14.792 (12%) possuíam 60 anos ou mais de idade. A taxa de urbanização do município era de 80% (área urbana um total de 100.418 pessoas e 12.050 com 60 anos ou mais). Os dados estão sendo coletados através de questionários estruturados com questões pré-codificadas e aplicados por entrevistadores previamente capacitados. O instrumento está planejado para obter informações sobre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas, utilização de medicamentos, auto-percepção de saúde e caracterização da rede social. Também inclui a avaliação da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e depressão gerétrica.

Os entrevistadores

A capacitação dos entrevistadores ocorreu na sede da URCAMP no período de 15 a 17 de julho e a coleta de dados foi iniciada em 22 de julho. Até o início desta semana, quando as equipes já se prepararam para aplicar os questionários na região central do município, pouco mais de mil pessoas já haviam sido entrevistadas.

A professora URCAMP, Lucía Azambuja Vieira coordena o trabalho de campo, com o auxílio das supervisoras Bruna Mendes e Elaine Tironi. A professora Neorma Tavares, diretora da Faculdade de Farmácia da URCAMP e doutoranda no Curso de Epidemiologia da UPFEL, também participou do estudo e utilizará os dados para o desenvolvimento de sua tese de doutorado sobre utilização de medicamentos.

Elaine explica que os entrevistadores chegam nas residências munidos de crachás de identificação e uma carta de apresentação sobre a pesquisa. "A maioria de contagem da pesquisa acontece a convite das equipes de saúde da família e também a população moradora dos bairros pela colaboração na coleta dos dados", observou.

Os entrevistadores percorreram todos os bairros de Bagé, e agora começam a chegar no centro da cidade

Equipe de entrevistadores e as duas doutorandas se reúnem semanalmente para organizar os trabalhos

Presente com sua Vida

Hábitos saudáveis podem garantir uma velhice tranquila

Elaine Thumé é formada em enfermagem e professora da Universidade Federal de Pelotas. Ela acredita que um grande desafio a ser vencido relaciona-se com a questão da adequação das sociedades para os cidadãos com pessoas idosas. Nas últimas cinco décadas a população mundial envelheceu muito rapidamente. E as estruturas de saúde, principalmente nos países pouco desenvolvidos como o Brasil, não acompanharam essa evolução para prestar uma assistência adequada.

Para ela investir em hábitos saudáveis, e quanto antes melhor, para viver com qualidade e uma tendência mundial. Os estudos que são realizados neste sentido ajudam a apontar os pontos falhos do envelhecimento como um todo.

Resolvemos unir os profissionais mais qualificados, a melhor tecnologia, o melhor atendimento e juntando a tudo isso as melhores condições de pagamento...

Sabe qual foi o resultado?

Rede O SEU SORRISO!

Nicola
 Veculos

Sempre fazendo o melhor por você!

Bagé - Av. Santa Tecla, 985 | (51) 3242-7777

Figuras 6, 7 e 8. Divulgação na imprensa (rádio e jornal). Bagé, 2008.

10 Logística do trabalho de campo

10.1 Infra-estrutura

A Secretaria Municipal de Saúde de Bagé cedeu uma sala mobiliada no prédio do Centro do Idoso. Também, durante a coleta de dados as Unidades Básicas de Saúde disponibilizaram um espaço para a permanência dos supervisores, servindo de ponto de encontro com os entrevistadores para a entrega de questionários feitos e busca de material quando necessário. Antes de iniciar a coleta de dados, em cada uma das Unidades da Saúde da Família, era realizada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde para que eles auxiliassem na divulgação do estudo na comunidade.



Figuras 9, 10, 11 e 12. Infra-estrutura, trabalho de campo e coleta de dados. Bagé, 2008.

11 Planilhas de controle

Para o controle dos questionários foram utilizadas as seguintes planilhas:

- Controle da entrega dos questionários pelos entrevistadores: objetivo de controlar o número de questionários recebidos e devolvidos pelos entrevistadores.e para controlar a produção por entrevistador (Apêndice 6).
- Controle do material entregue para os entrevistadores: mochila com material fornecido aos entrevistadores.

- Planilha da área com as seguintes informações: entrevistador, número da UBS, da micro-área, da quadra, data, nome do supervisor, número do domicílio, número de elegíveis por domicílio e número de questionários feitos, o endereço do domicílio e espaço para registrar alguma observação. (Apêndice 6 do Projeto de Pesquisa).
- Folhas de lotes: Folhas de rosto onde constavam as etiquetas de identificação dos questionários contidos no lote, por UBS. (Apêndice 6 do Projeto de Pesquisa).

12 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais a todos os idosos moradores do domicílio selecionado. Utilizou-se um termo de consentimento (Apêndice 4 do Projeto de Pesquisa) onde o entrevistado assinava que estava autorizando a sua participação na pesquisa ou do seu dependente, no caso dos idosos impossibilitados de assinar. No caso de recusas, o entrevistador era orientado a retornar ao domicílio em dias e horários diferentes dos da primeira tentativa. No caso de persistência da recusa, um supervisor do trabalho de campo realizou uma última tentativa.



Figuras 13, 14, 15 e 16. Coleta de dados. Bagé, 2008.

13 Material de campo

As entrevistadoras apresentavam-se nos domicílios com crachá e a carta de apresentação explicando os principais motivos do trabalho da entrevistadora, a importância de participar da entrevista e solicitando a colaboração (Apêndice 5 do Projeto de Pesquisa).

O material era transportado em mochilas contendo prancheta, saco plástico, questionários, manual de instruções, mapas das áreas, lápis, borracha, apontador e almofada de carimbo. Foi distribuído um cartão telefônico aos entrevistadores para facilitar a comunicação com os supervisores.

14 Reuniões com entrevistadores

Supervisores e entrevistadores tinham contato diário na UBS da área e semanal na sede do estudo, no Centro do Idoso, na área central da cidade. Reunião com a coordenação do estudo eram quinzenais, onde era realizada a avaliação do andamento do trabalho de campo e as adequações necessárias. As reuniões também tinham por objetivo o fornecimento de mais material, o esclarecimento de dúvidas dos entrevistadores e supervisores. Também eram recebidos e conferidos os questionários preenchidos.



Figuras 17 e 18. Reuniões com entrevistadores e supervisores. Bagé, 2008.

15 Rotina com os questionários

15.1 Distribuição do material

Todo o estoque de formulários e questionários ficava armazenado na sede do estudo em Bagé. A distribuição aos entrevistadores era semanal, com registro do material fornecido.

16 Recebimento, avaliação e codificação complementar dos questionários

Os questionários preenchidos eram revisados pelo supervisor e em caso de dúvidas era questionado o entrevistador para esclarecimento. Os supervisores controlavam a quantidade de questionários distribuídos e aplicados pelo entrevistador e realizavam a qualidade da codificação, incluindo a adequação e coerência das respostas e pulos do questionário.

As questões abertas eram codificadas pelos supervisores. Após conferidos os questionários eram separados por UBS. O número final do questionário foi composto pela seqüência de números que identificava a UBS, o entrevistador, a micro-área, a quadra, o domicílio e o número da pessoa no domicílio. Após conferido os questionários foram encaminhados para digitação.

17 Digitação

A digitação foi realizada duas vezes, por digitadores diferentes em cidades diferentes (Bagé e Pelotas), para garantir a qualidade da entrada dos dados. A comparação das duas digitações foi realizada pelo coordenador do projeto para avaliar a inconsistência dos dados e a qualidade. No caso de dúvidas os questionários eram revisados e se permanesse a inconsistência, foi solicitado ao coordenador do campo o retorno ao domicílio para a coleta do dado correto.

18 Controle de qualidade

18.1 Domiciliar

Foi elaborado um questionário (Apêndice 4 do Projeto de Pesquisa) contendo perguntas-chave selecionadas do questionário original. Este questionário foi aplicado a uma amostra aleatória de 10% de todos os indivíduos entrevistados. Sua aplicação foi feita através de visita domiciliar por um dos supervisores e coordenadores do campo. Além de possibilitar o cálculo do índice Kappa de repetibilidade dos dados, o objetivo foi verificar se as entrevistas tinham sido conduzidas adequadamente pelos entrevistadores.

19 Perdas e recusas

Para controle das perdas e recusas foi criado uma planilha constando o endereço, o sexo e a idade de quem não respondeu o questionário. As perdas e recusas não revertidas pelos entrevistadores até o final da pesquisa foram buscados pelos supervisores e pela coordenadora do trabalho de campo em Bagé. Dos 1.713 idosos identificados foram entrevistados 1.593, totalizando 76 perdas e 44 recusas não revertidas, totalizando um percentual de 7%.

20 Encerramento do trabalho de campo

O trabalho de campo em Bagé foi encerrado em novembro de 2008, quando se esgotaram as possibilidades de encontrar os indivíduos pertencentes à amostra, e da tentativa de reverter as recusas e de localizar os idosos não presentes no domicílio na hora da entrevista.

21 Custos do trabalho de campo

DESPESA	VALOR (R\$)
Material de consumo	5.291,12
Vale transporte	4.144,00
Remuneração dos supervisores entrevistados	24.677,00
TOTAL	34.112,12

22 Tarefas pós-campo

22.1 Limpeza do banco e análise dos dados

Depois de encerrada a dupla digitação, foi realizada a análise de consistência entre os bancos e iniciado processo de limpeza de dados, com análise de frequência das variáveis do banco. Todos os valores impossíveis ou estranhos foram verificados diretamente nos questionários. Também foram feitas as recodificações necessárias de valores ignorados ou que não se aplicavam para as perguntas. Antes das análises o banco de dados foi preparado e novas variáveis categóricas foram construídas.

23 Cronograma do trabalho de campo

Ano/ Mês Etapa	2008										2009
	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	1º Trimestre	
Preparo dos instrumentos											
Visita ao gestor municipal, IBGE e URCAMP e divulgação do estudo na mídia de Bagé											
Delimitação das áreas de abrangência das UBS.											
Seleção e treinamento da equipe de campo											
Estudo pré-piloto											
Estudo piloto											
Coleta e digitação dos dados											
Finalização do Banco de Dados											

ARTIGO 1

The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System

Elaine Thumé, MSc, Luiz Augusto Facchini, PhD, Grace Wyshak, PhD, and Paul Campbell, DSc

The aging of the population represents a challenge to governments around the world, which are faced with the task of designing and implementing national strategies for elderly care, including improving primary health care through home health care systems and social networks.¹ The growth of disabled elderly populations is likely to increase future demand for home health care globally.^{2,3}

In Brazil, access to health care is a universal social right guaranteed by the government since 1988 through the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*).⁴ The Unified Health System is a decentralized system, and the organization and delivery of health care is the responsibility of municipal authorities with financial and technical support provided by state and federal governments. The local government organizes the physical structure, equipment, and professional teams to provide the population with access to health services. The goal is to invest in strong primary health care, and to this end an optional alternative model, the Family Health Strategy (FHS), was developed during the 1990s.^{4,5} The FHS has subsequently been adopted by many municipalities in Brazil and has replaced the Traditional Primary Health Care (TPHC) system in many areas. TPHC was introduced in the Brazilian public system during the 1980s, after the Alma-Ata Declaration in 1978 identified primary health care as the key to the attainment of the goal of Health for All.⁶

Both TPHC and FHS are part of the same public health system at the primary level. However, the FHS was introduced to reorganize or restructure primary care in the Brazilian health system. The planning and design of the FHS had the benefit of the earlier development of models of family care (in Quebec, Canada; Cuba; Sweden; and England), which served as guides for the formulation of the Brazilian model.⁷ There are important differences between the FHS and TPHC. Under the FHS, a team of 1 general practitioner, 1 nurse, 1 or

Objectives. We assessed the utilization of home care by the elderly in Brazil after implementation of the Family Health Strategy (FHS).

Methods. Data were derived from a cross-sectional study in a southern city in Brazil. Using the χ^2 test and a logistic regression with different levels of determination, we tested the hypothesis that the FHS increased the utilization of home care compared with utilization under the Traditional Primary Health Care (TPHC) system.

Results. We interviewed 1593 residents aged 60 years and older. Home care utilization under the FHS was 2.7 times the rate of utilization under the TPHC (95% confidence interval = 1.5, 4.7; $P = .001$), and utilization increased among the older group, the less educated, those with history of hospitalization, and those with functional limitations.

Conclusions. Improvement in access to care resulted in greater utilization of home care. Our findings have policy implications that include expanding the coverage of the FHS throughout big cities where coverage is limited. These findings are important because the population is aging and the family strategy operates in poorer areas; thus, it can promote equity in access to home health care among the elderly. (*Am J Public Health*. Published online ahead of print August 19, 2010: e1–e7. doi:10.2105/AJPH.2009.184648)

2 nurse assistants, and 4 or 5 community health workers are responsible for meeting the health care needs of approximately 1000 families in a defined geographical area. TPHC teams, by contrast, do not have a fixed structure. They contain more medical professionals than do FHS teams, sometimes including specialists in internal medicine, pediatrics, and obstetrics and gynecology as well as general practitioners, nurse assistants, and nurses. TPHC teams also do not serve a defined number of families or geographical area, and not all TPHC teams include community health workers.⁵

Traditional care focuses on the specific disease, and the health team usually remains in the medical facilities from which it dispenses curative care, acting on emerging demands. With an emphasis on curative medicine, the TPHC treats the individual as a subject of concern, with TPHC teams having little ability to solve the health problems of a family or to take a social perspective. The TPHC is usually limited to sectoral actions and there is little involvement by TPHC service staff with the community. In the FHS, the household is part

of the environment of care and FHS workers are expected to be proactive professionals who identify the most vulnerable members of the population.

The implementation of the FHS is a political process undertaken by municipal governments that can choose either to maintain the TPHC model or to implement the new strategy.⁵ In 2008, family health teams were operating in 5218 municipalities, representing 94% of Brazilian municipalities and offering coverage to 49% of the national population,⁸ and were organized consistently across Brazil. However, coverage differed depending on municipality size. In municipalities with fewer than 20 000 inhabitants, the coverage averaged approximately 82%. In municipalities with more than 100 000 inhabitants, especially in the south and southern regions of Brazil, the FHS covered only 35% of the population. The remaining population is covered by the TPHC. With coverage increasing, the Ministry of Health has demanded an assessment of FHS performance compared to TPHC performance in delivering home care for the elderly.

Recent decades have witnessed an increase in home health care utilization globally. The use of home care increases with increasing age, functional limitations, chronic disease, stroke, heart disease, and falls.^{3,9–11} In Brazil, home health care has not been investigated in previously published epidemiological studies about health service utilization.^{12–14} On the basis of activities of daily living and self-reported needs, some studies have estimated the need for home health care to range from 11%–25% of the population.^{10,15}

Statements by the Ministry of Health and by other government officials have indicated that the policy of the primary health services, as explained in the Brazilian National Policy for the Elderly, is to improve health care service delivery by keeping elderly citizens in their communities, close to their family environments.^{15–17} Other investigators have found that utilization of home health care will be affected by perceptions of care needs, by the ease of access to home health care, by the population's acceptance of home health care, and by personal decisions to use home health care.^{18–21} Assuming that FHS teams are available, that FHS teams support family involvement in care, and that FHS teams increase awareness about health as a right, utilization rates are expected to improve in populations under the care of a family workers' team.

The primary aim of this paper was to test the hypothesis that the FHS increases the utilization of home health care by the elderly when compared with the TPHC. A secondary aim was to investigate the sources of the home health care provided (i.e., whether public or private services were used).

METHODS

We conducted a cross-sectional epidemiologic study during 2008 to examine utilization of home health care by a representative sample of elderly residents aged 60 years and older¹⁶ of Bagé, a southern city of Rio Grande do Sul state with approximately 120 000 inhabitants. Accounting for expected refusals to participate and an anticipated design effect of approximately 1.3, we estimated that a sample size of 1530 individuals would result in 80% power to detect a minimum relative risk of 1.5 for exposures affecting up to 4% of the population.

The decision to implement the FHS model in Bagé was made by municipal government leaders in 2003. At that time, 13 TPHC centers served the city. Three TPHC centers adopted the FHS in 2003, followed by 2 centers in 2004, 2 in 2006, and 1 in 2007. In the period from 2004 to 2008, 7 new primary health centers were built to increase FHS coverage in Bagé. By 2008, Bagé had 20 health service centers, 15 of them utilizing the FHS model and 5 following the TPHC model (Table 1). Half of the city's population (51%) was covered by the FHS model in 2008.

The sample was located within urban districts around the primary health centers. First, the areas of the primary health centers were delimited. After that, the areas were divided into micro areas, with enumeration of the blocks. To guarantee equiprobability at the household level, different starting points were randomly selected. The next household to the left was selected and then every other fifth household, until a total of 5 were chosen. No replacements were admitted. All those persons aged 60 years and older living in the selected households were included in the study. Field workers made at least 3 attempts to interview household members. Given the proportion of elderly individuals in the general population (8%–10%), the probability of locating an elderly household member was estimated at 1 in every 3 households, thus ensuring good distribution of the sample within the area of coverage of each primary health center.

The data were collected through a structured questionnaire with pre-coded questions

after a pilot study. Household interviews were carried out by 15 trained interviewers under the supervision of 3 supervisors. In cases of partial disability, another household member was asked to help the participant respond to the questionnaire. In cases of total disability, questions requiring patient self-reporting were not included.

Outcome Measure

The primary outcome was utilization of home health care. The data were obtained by asking the question, "During the past 3 months, did you receive care at home from a health care professional?" Respondents answered yes or no. If the answer was yes, we asked a follow-up question: "Did you receive the care from a professional from the public services (yes or no), a professional from the private services (yes or no), or a professional from private health insurance (yes or no)." The data were classified into 3 categories: public services (care provided by public employees), private services (care provided by private professionals paid out-of-pocket or by private health insurance), and mixed (care provided by public and by private services).

Covariates

The socioeconomic and demographic variables included in this study were gender, age (complete years and stratified in 4 groups), skin color (self-reported as white, black, brown, yellow, or indigenous and categorized in 3 groups: white; black; or brown, yellow, and indigenous), education (having attended

TABLE 1—Characteristics of Primary Health Care Services in Bagé, Brazil, 2008

Characteristic	Traditional Primary Health Care	Family Health Strategy
No. of primary health care centers in the urban area	5	15
Estimated no. of elderly living in the primary health care center area	5585	6464
Estimated no. of elderly per primary health care center	1117	430
Community health workers living in the Primary Health Care center area or neighborhood	Sometimes present; no requirement	4–6 per team
Continuity of care per team and days per week	Same team works 4 h/d, 5 d/wk	Same team works 8 h/d, 5 d/wk

school; yes or no), marital status (married or with a partner, widowed or never married, or divorced), health insurance status, and household income in the last month (collected in Brazilian money and converted to US dollars and analyzed by tertiles). Morbidity variables included self-reported medical diagnoses of heart disease and stroke and also included questions about hospitalization in the previous year. Symptoms of depression were measured according to the 15-item Geriatric Depression Scale,²² and the results were dichotomized as no symptoms of depression present (score: 0–5) versus moderate to severe symptoms of depression present (score ≥ 6). A Mini-Mental test was used to assess cognitive function and carry out the screening for dementia, and the results were dichotomized in 2 categories: with or without dementia signs according to the status of school attendance.²³ Functional limitation was assessed through 5 indicators (difficulty in walking, standing, moving from bed to chair, shopping, and using bus or taxi) and was stratified in 3 categories: no limitation, mild limitation, and severe limitation (unable to perform 3 or more of the 5 indicators alone). Self-rated health status was collected in 5 categories and was categorized in 2 groups: worse, bad, and regular, versus good and very good. The primary health centers were classified in 2 categories: TPHC and FHS.

Analyses

The data were entered with dual input by using Epi Info version 6.04 software (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA) and were analyzed by using Stata version 10.0 (StataCorp, College Station, TX). Characteristics of home health care in the FHS and TPHC models were compared by using the χ^2 test and Fisher exact test. Crude and multivariate analyses assessed the strength of the association between each independent variable and home health care utilization by use of logistic regression. We used the Wald test for heterogeneity and for linear trend in the case of ordinal variables, producing odds ratios (ORs) and their respective 95% confidence intervals (CIs).

Adjusted analysis was based on a conceptual model with 4 levels of determination. The first level included gender, age, education, skin color, marital status, household income, and health insurance. The second level included

TABLE 2—Sample Description, by Demographic, Socioeconomic, and Morbidity Variables, and Primary Health Care Center Areas: Brazil, 2008

Variables	Total		TPHC		FHS		P
	%	No.	%	No.	%	No.	
Gender		1593		741		852	.1
Men	37.2		35.1		39.1		
Women	62.8		64.9		60.9		
Marital status		1592		740		852	.76
Divorced or never married	14.9		14.8		15.1		
Married	51.3		50.5		51.9		
Widowed	33.8		34.7		33		
Age, y		1593		741		852	.01
60–64	25.1		22		27.8		
65–69	23.5		22.5		24.2		
70–74	20.2		20.7		19.8		
≥ 75	31.2		34.8		28.1		
Skin color		1557		720		837	<.001
White	78.6		85.1		72.9		
Black	8.7		7.2		10		
Brown, Yellow, or indigenous	12.7		7.7		17.1		
Attended school		1593		741		852	<.001
No	23.7		14.6		31.6		
Yes	76.3		85.4		68.4		
Household Income, R\$		1565		726		839	<.001
1st tertile (≤ 410.00)	46.5		37.9		53.9		
2nd tertile (410.01–650.99)	20.5		21.6		19.6		
3rd tertile (≥ 651.00)	33		40.5		26.6		
Private health insurance		1586		739		847	<.001
No	64.6		54.7		73.3		
Yes	35.4		45.3		26.7		
Morbidity							
Heart disease	29.6	1593	26.3	741	32.4	852	.008
Stroke	9.8	1593	9.5	741	10.2	852	.61
Depression	14.9	1512	12.9	703	16.6	809	.049
Dementia	13.1	1514	10.4	703	15.4	811	.003
Hospitalization last year	17.7	1592	17.3	741	18.1	851	.668
Functional limitations		1593		741		852	<.001
No	77.8		82.3		73.8		
Mild	16.1		11.5		20.1		
Severe	6.1		6.2		6.1		
Perceived health		1540		713		827	.11
Worse, bad, or regular	41.2		39		43.1		
Good or very good	58.8		61		56.9		
Home health care		1593		741		852	<.001
No	93.2		96.5		90.2		
Yes	6.8		3.5		9.8		

Note. FHS = Family Health Strategy; TPHC = Traditional Primary Health Care; R\$ = Brazilian reais. At the time of this study, R\$ 1.80 = US\$ 1.00. P values are based on the χ^2 test.

heart disease, stroke, depression, dementia, hospitalization, and functional limitation. The third level included self-perceived health. The fourth level included the primary health centers (FHS vs TPHC). For confounder control, the effect of each variable was controlled for all other variables in the same or higher levels with *P* values $\leq .20$.

RESULTS

We identified 1713 elderly household members and interviewed 1593, for a response rate of 93%. Losses represented 4% and refusals 3% of the identified household members. Of the total sample, 852 respondents (54%) lived in areas utilizing the FHS model. The respondents' mean age was 70.6 years (SD=8.1 years) in the FHS areas and 71.8 years (SD=8.4 years) in the TPHC areas (*P*=.001).

Descriptive statistics for the sample, including demographic, socioeconomic, and morbidity characteristics as well as health status and home health care utilization, are shown in Table 2. The TPHC group and the FHS group were similar in terms of gender, marital status, history of stroke, perceived health status, and hospitalization in the previous year. Compared with the TPHC sample, the sample in the FHS areas included smaller percentages of those aged 75 years or older (28% and 35%, respectively), of those with white skin color (73% and 85%, respectively), of those who had been to school (68% and 85%, respectively), and of those who had private health insurance (27% and 45%, respectively), as well as a smaller percentage of elderly in the third tertile of household income (27% and 45%, respectively). In the FHS areas, the elderly displayed higher rates of heart disease, depression, and dementia than in the TPHC areas. The rate of home health care utilization in the total sample was 7%. In the FHS areas the utilization rate was 10%, compared with 4% in the TPHC areas (*P*<.001).

The results of the crude and adjusted analyses examining the odds of home health care utilization during the past 3 months and the independent variables are shown in Table 3. The crude analyses showed that gender, household income, and private health insurance were not associated with utilization of home health care. The odds of utilization of

TABLE 3—Crude Odds Ratios (ORs) and Adjusted Odds Ratios (AORs) for Home Health Care Utilization, by Demographic, Socioeconomic, and Morbidity Variables: Brazil, 2008

Model Level and Variables	Crude OR (95% CI)	<i>P</i>	AOR (95% CI)	<i>P</i>
Level 1 model^e				
Gender		.47		
Men (Ref)	1.00			
Women	1.17 (0.77, 1.76)			
Marital status		.001		.12
Divorced or never married (Ref)	1.00		1.00	
Married or with a partner	1.55 (0.75, 3.22)		1.63 (0.76, 3.53)	
Widowed	2.79 (1.35, 5.76)		2.17 (0.99, 4.74)	
Age, y		.001 ^b		<.001 ^b
60-64 (Ref)	1.00		1.00	
65-69	0.93 (0.44, 1.98)		0.98 (0.45, 2.13)	
70-74	2.07 (1.07, 4.00)		2.13 (1.07, 4.21)	
≥75	3.32 (1.85, 5.97)		3.36 (1.81, 6.23)	
Skin color (self-reported)		.03		.04
White (Ref)	1.00		1.00	
Black	1.15 (0.56, 2.35)		0.91 (0.42, 1.96)	
Brown, Yellow, or Indian	1.82 (1.08, 3.06)		1.93 (1.15, 3.25)	
Attended school		.001		.03
Yes (Ref)	1.00		1.00	
No	2.01 (1.37, 3.08)		1.63 (1.04, 2.54)	
Household income, R\$.34 ^b		.06 ^b
1st tertile (≤410.00; Ref)	1.00		1.00	
2nd tertile (410.01-650.99)	0.65 (0.36, 1.16)		0.57 (0.31, 1.03)	
3rd tertile (≥651.00)	0.84 (0.54, 1.29)		0.63 (0.40, 1.00)	
Private health insurance		.91		
No (Ref)	1.00			
Yes	0.98 (0.65, 1.47)			
Level 2 model^f				
Morbidity ^d				
Heart disease	2.06 (1.39, 3.05)	<.001		
Stroke	5.00 (3.21, 7.82)	<.001		
Dementia	4.15 (2.63, 6.54)	<.001		
Depression	3.38 (2.13, 5.36)	<.001	1.56 (0.91, 2.66)	.1
Hospitalization last year	4.04 (2.67, 6.05)	<.001	3.13 (1.92, 5.10)	<.001
Functional limitations		<.001		<.001
No (Ref)	1.00		1.00	
Mild	8.81 (5.44, 14.28)		6.69 (3.83, 11.70)	
Severe	20.43 (11.74, 35.54)		11.16 (5.02, 24.79)	
Level 3 model^f				
Health condition		<.001		
Worse, bad, or regular	2.33 (1.52, 3.57)			
Good or very good (Ref)	1.00			

Continued

TABLE 3—Continued

	Level 4 model ^f	
Primary health center		
TPHC (Ref)	1.00	1.00
FHS	2.98 (1.89, 4.68)	2.65 (1.52, 4.63)

Note. CI = confidence interval; FHS = Family Health Strategy; TPHC = Traditional Primary Health Care; R\$ = Brazilian reais. The sample size was n = 1593. P values are based on the Wald test for heterogeneity. Adjusted R² = 0.2285.

^aAdjusted for variables in the same level 1.

^bP values are based on the Wald test of tendency.

^cAdjusted for variables in the same level and level 1.

^dComparison group was no health problems (1.0).

^eAdjusted for variables in the same level and levels 1 and 2.

^fAdjusted for all levels.

home health care by respondents aged 75 years and older was 3.3 times (95% CI=1.8, 5.9; *P*<.001) that for respondents aged 60 to 64 years. For respondents reporting brown, yellow, or indigenous skin color, the odds of using home health care was 1.8 times that for the white group (95% CI=1.1, 3.1; *P*=.02). If a respondent had not attended school, the odds of home health care use was double that of the group that had attended school (95% CI=1.4, 3.1; *P*=.03). All of the variables related to health problems showed a strong association with utilization of home care. Respondents with severe functional limitations were 20.4 times as likely to use home care as were those without functional limitations. The odds of using home health care when respondents characterized their health condition as bad, worse, or regular was 2.3 times the odds when reporting health condition as good or very good (95% CI=1.5, 3.6; *P*<.001). Also, in the crude analyses, the utilization rate of home care in the FHS areas was roughly 3.0 times the rate in the TPHC areas (95% CI=1.9, 4.7; *P*<.001).

The right column in Table 3 shows the multivariate logistic regression models. In the first level of regression, the variables gender and private health insurance did not stay in the model after adjustment (*P*>.20). Age, skin color, and school attendance remained significantly associated with home health care utilization. The significance of household income increased after adjustment and stayed in the model to control for the other variables. In the second level, after adjustment, only hospitalization and functional limitation remained significantly associated with home health care utilization. Depression lost its association with

home health care utilization after adjustment (*P*=.11). In the third level, the association between self-reported health conditions disappeared. In the fourth level, even after adjustment for all the previous variables, the odds of home health care utilization in the FHS areas was approximately 2.7 times (95% CI=1.5, 4.7; *P*=.001) that in the TPHC areas.

The status of the home health care providers in relation to the different types of primary health centers is shown in Table 4. In FHS centers, most of the home health care was provided by public services (77%), whereas in TPHC centers, more elderly used private services (86%) than public services. This difference was statistically significant (*P*<.001).

DISCUSSION

The results of our study showed that the FHS, as defined in the guidelines of the Brazilian Unified Health System and the National Policy of the Elderly, increases the utilization of home health care, thus supporting our hypothesis. The utilization of home health care was higher in areas where the FHS operated

than in the TPHC areas (OR=2.7; 95% CI=1.5, 4.8), even after control for gender, age, skin color, education, marital status, household income, private health insurance, morbidity, hospitalization in the past year, functional limitations, and self-reported health condition.

We also found that the majority of home health care was delivered by public services in the FHS areas but by private providers in the TPHC areas. This difference may be explained by 3 factors. First, 1 FHS team is responsible, on average, for 430 elderly residents, whereas under the TPHC model, 1 team was found to care, on average, for 1117 elderly residents (Table 1), thus increasing the need for additional (nonpublic) resources. Second, in the FHS areas, community health workers conducted monthly home health visits and other activities to connect elderly residents with the health team. Third, the FHS model includes follow-up care.

These findings about the utilization of home health care are important because the FHS operates in poorer areas of the municipalities (In Bage, 54% of elderly individuals are poor), thus strengthening its relevance for the promotion of equity in health care. These findings are similar to those of other Brazilian studies showing that the FHS provided more equitable care to the elderly with chronic conditions and also contributed to reducing infant mortality.^{10,13,14,24,25}

If we look at the FHS as a new technology for delivering health care, we can say that these results indicated its acceptance by the populations served. The patterns of illness, emphasizing chronic conditions, associated with home care utilization in this study were similar to those found in the United States²⁶ and with the need patterns reported by the World Health Organization.²⁷ Cardiovascular disease, followed

TABLE 4—Home Health Care Providers in Bagé, by Type of Primary Health Care: Brazil, 2008

	Total, No.	TPHC, No. (%)	FHS, No. (%)	P
Home health care provider	109	26	83	<0.001
Public	75	4 (15.4)	71 (85.5)	
Private	28	20 (76.9)	8 (9.6)	
Mixed	6	2 (7.7)	4 (4.8)	

Note. FHS = Family Health Strategy; TPHC = Traditional Primary Health Care. P values are based on the Fisher exact test.

by other chronic diseases, has been found to increase the need for home health care.^{27,28}

In Brazil, the organization of home health care is in its early stages, in both the public and private health systems.^{29,30} The country does not have institutional providers of in-patient long-term care, which are referred to as nursing homes in the United States.³¹ Nor are Brazilian health care officials currently capable of analyzing home care expenditures. But health officials are confident that life expectancy will continue to increase, especially among those older than age 80 years. This will present strong social and economic challenges in the coming decades.^{5,32,33}

The strengths of our study were its large sample size (n=1593), the use of validated instruments, and the high response rate of 93%. Our robust findings have important policy implications for improving Brazil's health system. There were, however, some limitations to our study. The small number of elderly in the TPHC who made use of home health care made it impossible to do further stratification. We lost information about depression and dementia because the Geriatric Depression Scale and the Mini-Mental test could not be applied for respondents unable to self-report these answers. In these cases, the other elements of the questionnaire were filled in by caregivers.

The results of our study showed that the elderly and their families use public health services when they are available and that the utilization of home health care has increased among the older group, the less educated, those with history of hospitalization in the previous year, and those with functional limitations. We also estimated the rate of home health care utilization by Brazil's elderly population. This is an important result and showed that improvement in access to home health care results in an improvement in utilization of these services and, perhaps, in quality of life.

Delivering care to the elderly is a problem not confined to developing countries but represents a global challenge. Brazil faces the task of finding, in a short period of time, a solution to improve access to health care for the poor and frail elderly who reside in the TPHC areas. Brazilian health officials can capitalize on the information presented here to increase access by encouraging local officials currently

utilizing the TPHC system to switch to the FHS system.

Although our results confirm increases in utilization related to the delivery model, they do not inform Brazilian health officials about potential related impacts on the quality and length of life. These questions will require additional, more complex research.

Future research should also examine more thoroughly various aspects of care including those related to the health systems, such as the types of professionals involved or procedures performed, the economic impact, and the availability of social support networks. For example, being married and living with one's spouse has been associated with a lower likelihood of using home health care, according to a home care study in the United States.¹⁰ Findings in these areas could be used to estimate the expenditures of time and money needed to deliver care at home and to improve the quality of the care. ■

About the Authors

At the time of the study, Elaine Thumé was with the Department of Global Health and Population, Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston, MA. Luiz Augusto Facchini is with the Department of Social Medicine, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil. Grace Wyshak and Paul Campbell are with the Department of Global Health and Population, Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston.

Correspondence should be sent to Elaine Thumé, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160, 3º andar, Pelotas, RS - 96020-220, Brasil (e-mail: elaine-thume@gmail.com). Reprints can be ordered at <http://www.ajph.org> by clicking the "Reprints/Eprints" link.

This article was accepted February 3, 2010.

Contributors

E. Thumé and L.A. Facchini originated the study and supervised all aspects of its implementation. G. Wyshak assisted with the data analyses and interpretation. P. Campbell helped to discuss the topic. All authors helped to conceptualize ideas, interpret findings, and review drafts of the article.

Acknowledgments

The authors acknowledge support for this study by the Takemi Program in the Department of Global Health and Population at the Harvard School of Public Health, Harvard University, and by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; #BEX: 3263/08-8).

We thank Michael Reich for detailed comments on the article. We are grateful to the Bagé population, including the municipality, the Centro do Idoso, and the Universidade da Campanha—URCAMP for their availability and assistance during data collection. We also appreciate the support we received during the project and data collection

from Elaine Tomasi, Fatima Maia, Lúcia A. Vieira, Bruna L. Mendes, Eliane Tibola, Noemía Tavares, Alitéia Dilelio, Sueli Silva, Danton Duro, and the team of interviewers.

Human Participant Protection

The study received approval from the research ethics committee of the Federal University of Pelotas. Informed written consent for participation was obtained from all participants.

References

- World Health Organization. *Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
- Liu K, Manton KG, Aragon C. Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982-1994. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(4):S245-S253.
- Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Serv Res*. 1992;27(4):421-451.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Act no. 8080 of September 19, 1990. Regulates the conditions for promoting, protecting and recovering health, the organization and functioning of relevant services and other measurements.] Brasília, Brazil: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990.
- Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. [Directive (Portaria) 648 of March 28, 2006: approving the National Policy for Primary Care.] Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2006.
- World Health Organization. International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Alma Ata Declaration on Primary Health Care. Almaty, Kazakhstan: WHO; 2008. Available at: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/en/. Accessed December 10, 2009.
- Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2005;15(supl):225-64.
- Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. [Information System of Primary Care.] Brasília, Brazil: Ministério da Saúde; 2009.
- Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Serv Res*. 1984;19(3):357-382.
- Facchini LA, Thumé E, Teixeira VA, Rodrigues MA, Piccini RX. Atenção domiciliar à idosos no Sul e Nordeste do Brasil. [Home care to elderly in Southern and Northeastern Brazil.] In: Ministério da Saúde, ed. *III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*. Brasília, Brazil: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2008:140-146.
- McAuley WJ, Spector W, Van Nostrand J. Formal home care utilization patterns by rural-urban community residence. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(2):258-268.
- Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Trends in health conditions and use of health services by the Brazilian elderly: a study based on the National Household Sample Survey (1998, 2003). *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2467-2478.

13. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):604–612.
14. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595–603.
15. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. Projeto SABE. [Functional performance and assistance demands. SABE Project.] In: Lebrão ML, Duarte YAO, eds. *SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, Brazil: OPAS; 2003:185–200.
16. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006*. [Directive (Portaria) no. 2528 of October 19, 2006.] Brasília, Brazil: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; 2006.
17. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Toward primary health care adapted to elderly people. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):444–451.
18. *Cadernos de Atenção Básica*. [Aging and health of the elderly.] Brasília, Brazil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.
19. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95–124.
20. Shergelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):97–109.
21. Frost L, Reich M. The access framework. In: Frost LJ, Reich MR, eds. *Access: How do Good Health Technologies Get to Poor People in Poor Countries?* Boston, MA: Harvard Center for Population and Development Studies; 2008:15–38.
22. Sheikh J, Yesavage J. *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version*. New York, NY: The Hayworth Press; 1986.
23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–198.
24. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. [Health care needs of the old aged: effectiveness in the offer and use of primary health care services.] *Cien Saude Colet*. 2006; 11(3):657–667.
25. Rocha R, Soares RR. *Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence From Brazil's Family Health Program*. New Delhi, India: Global Development Network; 2009.
26. Schoenborn CA, Heyman KM. Health characteristics of adults aged 55 years and over: United States, 2004–2007. *Natl Health Stat Report*. 2009;8(16):1–31.
27. World Health Organization, Organização Pan-Americana de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. [Active ageing: a policy framework.] Brasília, Brazil: OPAS; 2005.
28. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:55.
29. Tavorali C, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. [The development of “Home Health Care” in Brazil.] *Rev Adm Saude*. 2000;3(9):15–18.
30. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. [Home health care: subsidies for a primary care project in Brazil.] *Cienc Saude Coletiva*. 2005; 10(Suppl 0):231–242.
31. Eskildsen M, Price T. Nursing home care in the USA. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9(1):1–6.
32. Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. [Population ageing and the Unified Health System (SUS) expenditures.] In: Camarano AA, ed. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Brazil: IPEA; 2004:427–450.
33. Pelaez M. More need for the “old” in the public health research in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):352–354.

ARTIGO 2

Rev Saúde Pública 2010;44(6)

Elaine Thumé^I

Luiz Augusto Facchini^{II}

Elaine Tomasi^{III}

Lúcia Azambuja Saraiva Vieira^{IV}

Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado

Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção – Estratégia Saúde da Família e modelo tradicional.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na região urbana de Bagé, RS, em 2008. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Os dados foram coletados em entrevistas individuais. Foram analisadas as formas de acesso aos serviços, participação dos profissionais, satisfação e situação de saúde dos usuários após o atendimento. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada, os respectivos intervalos com 95% de confiança e p-valor (teste de Wald).

RESULTADOS: Assistência domiciliar foi estatisticamente associada à história prévia de acidente vascular cerebral, à presença de sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária. A família foi responsável por 75% das solicitações de cuidado. Nas áreas da atenção tradicional, os médicos responderam pela maior promoção de cuidados, enquanto nas áreas da Estratégia Saúde da Família destacou-se a participação da equipe de enfermagem. Aproximadamente 78% das solicitações foram atendidas em até 24 horas e 95% dos usuários avaliaram positivamente o cuidado recebido. Dois terços dos idosos referiram melhora nas condições de saúde.

CONCLUSÕES: As variáveis associadas ao recebimento de assistência domiciliar reiteram os indicadores de fragilidade destacados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e fortalecem a importância da estratégia na promoção da equidade no cuidado dos idosos. A avaliação positiva e o impacto na situação de saúde afirmam o domicílio como ambiente terapêutico.

DESCRIPTORIOS: Idoso. Assistência Domiciliar. Programa Saúde da Família. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estudos Transversais.

^I Departamento de Medicina Social, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel, Pelotas, RS, Brasil

^{III} Departamento de Psicologia, Centro de Ciências da Vida e Saúde, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^{IV} Centro de Ciências da Saúde, Universidade da Região da Campanha, Bagé, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Elaine Thumé
Departamento de Medicina Social
Av. Duque de Caxias, 250 – 3º andar – Fragata
96030-000, Pelotas, RS, Brasil
E-mail: elainethume@gmail.com

Recebido: 20/1/2010
Aprovado: 15/4/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess factors associated with home health care for the elderly and its characteristics based on different care models, the Family Health Strategy and traditional primary care.

METHODS: A population-based cross-sectional study was conducted in a representative sample of 1,593 individuals aged ≥ 60 years living in the urban area of the city of Bagé, Southern Brazil, in 2008. A multistage sampling was carried out. Data was collected during individual interviews about access to services, providers' involvement, users' satisfaction and health status after care. Poisson regression model was used for estimating crude and adjusted prevalence ratios, their related 95% confidence intervals and p-values (Wald test).

RESULTS: Home health care was statistically associated with prior history of stroke, signs of dementia and disability in activities of daily living. The family was requested 75% of home care visits. Medical doctors provided most of the care in traditional primary care settings while nursing staff provided most care within the Family Health Strategy. Approximately 78% of the elderly received care within 24 hours after the request and 95% of them positively evaluated the care received. Two thirds of the elderly reported improved health status.

CONCLUSIONS: The variables associated with home health care were consistent with fragility indicators included in the Brazilian National Health Policy for the Elderly, reinforcing the role of this strategy for promoting equitable health care to elderly population. Users' satisfaction and the positive impact on their health status confirm home as a setting for providing care.

DESCRIPTORS: Aged. Home Nursing. Family Health Program. Health Services Accessibility. Primary Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de reorganizar a atenção básica,²² ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico.^{12,15} A assistência domiciliar pode reduzir custos hospitalares e humanizar as práticas de saúde.^{1,5} Doenças crônicas não-transmissíveis associadas ao envelhecimento populacional geram limitações que potencializam o desenvolvimento de incapacidades funcionais permanentes ou transitórias.⁴ Nesse contexto, a organização de estratégias de cuidado representa um desafio aos gestores e à sociedade na busca de alternativas que atendam às demandas específicas dos idosos e de suas famílias.^{3,9}

Apesar do debate teórico e de políticas específicas para os idosos, a realização de mudanças permanece em estágio incipiente.²¹ No âmbito da atenção básica, a publicação de diretrizes para o cuidado dos idosos tenta traduzir o debate teórico em práticas de saúde.⁴ Apesar de alguns estudos qualitativos explorarem a assistência

e a internação domiciliar,^{6,19} em âmbito populacional, permanecem lacunas sobre os fatores associados ao atendimento dos idosos no domicílio, as formas de acesso aos cuidados e a participação dos profissionais de saúde nesses atendimentos.

O objetivo do presente estudo foi analisar fatores associados à assistência domiciliar na população idosa e suas características, segundo modelos de atenção –Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas áreas do modelo tradicional.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, realizado de julho a novembro de 2008. A amostra foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS. Em 2006, o município possuía 122.461 habitantes, 82% residente na zona urbana.³ Em 2008, 15 Unidades de Saúde da Família,

³ Datasus. Cadernos dos municípios. Brasília: MS; 2006 [cited 2008 Apr 23]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

totalizando 19 equipes, eram responsáveis por 51% da população urbana do município. Cinco unidades mantinham o modelo tradicional de atenção básica e atendiam o restante da população (49%). A implantação da ESF é recente no município e o funcionamento da primeira equipe ocorreu em 2003.

No estudo da assistência domiciliar e dos fatores associados, estipulou-se uma amostra de 1.530 indivíduos com nível de 95% de confiança. Foi estabelecido poder estatístico de 80% para detectar risco relativo mínimo de 1,5 para exposições que afetam até 4% da população. À amostra final foram acrescidos 10% para compensar eventuais perdas e recusas, 15% para fatores de confusão e efeito de delineamento de aproximadamente 1,3.

A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Os domicílios localizados à esquerda foram considerados elegíveis. Um a cada seis domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. Entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas/recusas. Não foram admitidas substituições.

Foram utilizados questionários estruturados com questões pré-codificadas, após realização de um estudo-piloto. Em caso de incapacidade parcial, as respostas foram dadas por um familiar responsável ou pelo cuidador principal. Para aqueles com total incapacidade, não foram aplicadas questões de auto-relato.

A variável dependente "assistência domiciliar" foi definida como o conjunto de serviços realizados por profissionais da área da saúde, no domicílio, com o objetivo de oferecer suporte terapêutico ao idoso e à sua família. A questão aplicada foi: "Desde <três meses atrás> o (a) Sr(a), foi atendido, em sua casa, por algum destes profissionais: médico? (sim/não) de enfermagem? (sim/não) assistente social? (sim/não) fisioterapeuta? (sim/não)"

As variáveis demográficas e socioeconômicas estudadas foram: sexo, idade (60 a 74 anos; 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; solteiro ou divorciado), alfabetizado (sim; não), renda *per capita* (em salários mínimos: ≤ 1 ; > 1 e < 3 ; ≥ 3) e plano privado de saúde (sim; não). Entre os indicadores de morbidade, foram usadas as variáveis: história de queda no último ano (sim; não); diagnóstico médico de hipertensão (sim; não); diabetes (sim; não); acidente vascular cerebral (AVC) (sim; não); e câncer (sim; não). O resultado do teste Mini-mental para rastreamento

de sinais de demência foi dicotomizado em: presença ou ausência, considerando o nível de escolaridade.⁷ Para avaliar a presença de sintomas de depressão, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica e os resultados foram divididos em: presente (escore de 0 a 5) e ausente (escore ≥ 6).¹⁸ Para estabelecer incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz et al¹⁰ e de Lawton & Brody.¹³ Os idosos que relataram precisar de ajuda para no mínimo uma das atividades foram considerados com incapacidade. Foi investigada hospitalização nos últimos quatro anos (nenhuma; uma; duas ou mais vezes); consulta médica nos últimos três meses (nenhuma; uma; duas ou mais vezes); ou se o idoso esteve acamado nos últimos 30 dias (sim; não). A autopercepção de saúde foi analisada em duas categorias (péssima, ruim e regular; boa e muito boa).

Na caracterização da assistência domiciliar, investigou-se quem foi o responsável pela solicitação (próprio idoso; familiar; amigo ou vizinho; agente comunitário de saúde), como fez para solicitar (telefonou para o serviço; familiar, amigo ou vizinho foram ao serviço; pediu para o agente comunitário de saúde), o tempo de espera para ser atendido (menos de 24 horas; 24 horas ou mais), os profissionais de saúde que prestaram o cuidado (médico; equipe de enfermagem; assistente social; fisioterapeuta), a opinião do idoso sobre a assistência recebida (ruim, regular; bom ou muito bom) e a situação de saúde após o atendimento (continuou na mesma situação; melhorou um pouco; melhorou muito; curou).

As análises foram estratificadas por área de abrangência da residência do idoso, tradicional ou ESF. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson com estimativas robustas de variância,² com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e intervalos com 95% de confiança (IC 95%). A análise ajustada buscou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis com $p \leq 0,20$. Valores $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. Devido ao número de perdas nas variáveis que caracterizaram a assistência domiciliar, optou-se por apresentar os dados de forma descritiva, sem recorrer a testes de hipóteses estatísticas. A análise dos dados foi realizada utilizando o programa Stata, versão 10.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo nº 15/08, de 2008) Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Foram identificados 1.713 idosos, dos quais 1.593 participaram do estudo. A proporção de resposta foi de 93%, com 4% de perdas e 3% de recusas.

Tabela 1. Características da população estudada de acordo com o modelo de atenção. Bagé, RS, 2008.

Variável	Tradicional		Estratégia Saúde da Família		Amostra total	
	n = 741	%	n = 852	%	n = 1593	%
Sexo						
Masculino	260	35,1	333	39,1	593	37,2
Feminino	481	64,9	519	60,9	1000	62,8
Idade (anos)						
60 a 74	483	65,2	613	72,0	1096	68,8
75 ou mais	258	34,8	239	28,0	497	31,2
Sabe ler e escrever						
Não	115	15,5	264	31,0	379	23,9
Sim	626	85,5	588	69,0	1214	76,1
Situação conjugal						
Solteiro / divorciado	109	14,7	129	15,2	238	15,0
Casado	374	50,6	442	51,9	816	51,2
Viúvo	257	34,7	281	32,9	538	33,8
Renda per capita (salários mínimos)						
≤1	355	49,2	554	66,0	909	58,2
> 1 a 3	243	33,6	250	29,8	493	31,6
> 3	124	17,2	35	4,2	159	10,2
Plano privado de saúde						
Não	404	54,7	621	73,3	1025	64,6
Sim	335	45,3	226	26,7	561	35,4
Morbididades^a						
Hipertensão	414	55,9	467	54,8	881	55,3
Diabetes	97	13,1	144	16,9	241	15,1
Acidente vascular cerebral	70	9,5	87	10,2	157	9,9
Câncer	42	5,7	36	4,2	78	4,9
Demência	73	10,4	126	15,5	199	13,1
Depressão	91	12,9	134	16,6	225	14,9
Queda no último ano	208	28,1	238	28,0	446	28,0
Incapacidade AVD	67	9,0	102	12,0	169	10,6
Incapacidade AIVD	203	27,4	315	37,3	518	32,7
Hospitalização						
Não	525	70,9	614	72,1	1139	71,5
Uma vez	153	20,7	134	15,7	287	18,0
Duas ou mais vezes	63	8,5	104	12,2	167	10,5
Consulta médica						
Nenhuma	332	44,8	396	46,5	728	45,7
Uma	267	36,0	256	30,1	523	32,8
Duas ou mais	142	19,2	200	23,4	342	21,5
Acamado						
Não	684	92,3	761	89,3	1445	90,7
Sim	57	7,7	91	10,7	148	9,3
Autopercepção de saúde						
Boa, muito boa	435	61,0	471	57,0	906	58,8
Muito ruim, ruim, regular	278	39,0	356	43,0	634	41,2
Assistência domiciliar						
Não	715	96,5	767	90,2	1482	93,2
Sim	26	3,5	83	9,8	109	6,9

AVD: atividades da vida diária. AIVD: atividades instrumentais da vida diária.

As mulheres representaram cerca de dois terços da amostra. Um terço era viúvo(a) e metade era casado(a) ou vivia com companheiro(a). Nas áreas da atenção tradicional, foi observada maior proporção de idosos com 75 anos ou mais, renda superior a três salários mínimos e plano privado de saúde. Os grupos tiveram semelhanças nas prevalências de diagnóstico médico de hipertensão (55%); AVC (10%); e história de queda no último ano (28%). Os idosos residentes nas áreas da ESF apresentaram maior taxa de diabetes; demência; depressão; incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária; história de hospitalização nos últimos quatro anos; e ter estado acamado nos últimos 30 dias. Independentemente da área, cerca de 41% dos idosos apresentaram avaliação negativa sobre sua situação de saúde. A prevalência de assistência domiciliar foi de 4% nas áreas da atenção tradicional e de 10% nas áreas da ESF (Tabela 1).

Na análise bruta, em ambas as áreas, foram estatisticamente associados à assistência domiciliar: idade; história prévia de AVC; demência; incapacidades básicas e instrumentais da vida diária; hospitalização nos últimos quatro anos; consulta médica nos últimos três meses; e ter estado acamado em algum momento nos últimos 30 dias. Nas áreas da atenção tradicional, ser viúvo, ter renda superior a três salários mínimos, ter plano de saúde privado e história de câncer aumentou a probabilidade de receber assistência domiciliar. Nas áreas da ESF, a assistência no domicílio foi maior entre os idosos que não sabiam ler e escrever ou apresentavam diagnóstico médico de hipertensão; diabetes; sinais de depressão; história de queda no último ano; e autopercepção de saúde ruim ou regular (Tabela 2).

Nas áreas da atenção tradicional, após ajuste, a renda manteve-se associada positivamente. Os idosos com renda superior a três salários mínimos apresentaram probabilidade 5,2 vezes maior de receber assistência domiciliar, comparados ao grupo que recebia até um salário mínimo. A probabilidade quadruplicou para idosos com história prévia de AVC, câncer e sinais de demência. Idosos com incapacidade funcional para atividades da vida diária tiveram probabilidade 10,4 vezes maior de receber assistência no domicílio, comparados àqueles sem incapacidade (Tabela 2).

Nas áreas da ESF, após ajuste, a probabilidade de receber assistência domiciliar aumentou em 2,2 vezes para pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Não saber ler e escrever aumentou em 50% a probabilidade de ser atendido no domicílio. Dentre as morbidades estudadas, história prévia de AVC; presença de sinais de demência; depressão; história de queda; e presença de incapacidade funcional mantiveram associação

estatisticamente significativa, após o ajuste. A probabilidade de receber assistência domiciliar foi 3,2 vezes maior na presença de incapacidade instrumental para atividades da vida diária. Ter sido hospitalizado no mínimo uma vez nos últimos quatro anos aumentou 2,2 vezes a probabilidade de ser atendido no domicílio e 2,5 vezes se o idoso esteve acamado nos últimos 30 dias. A autopercepção de saúde perdeu associação com o desfecho após ajuste (Tabela 2).

Independentemente do modelo de atenção, os familiares foram responsáveis pela solicitação da assistência domiciliar em 75% dos casos (tradicional $n = 19/25$; ESF $n = 45/60$), seguidos da participação de vizinhos ou amigos (10%). A solicitação feita pelo próprio idoso representou 16% nas áreas tradicionais ($n = 4/25$) e 3% nas áreas da ESF ($n = 2/60$). O telefone foi o meio utilizado para solicitar atendimento em 49% dos casos ($n = 42/85$); entretanto, as proporções foram diferenciadas entre as áreas (tradicional = 76%; ESF = 38%). Nas áreas da ESF, em 23% dos casos ($n = 14/60$) a solicitação foi feita por agentes comunitários de saúde. Em ambos os modelos de atenção, o atendimento foi realizado em menos de 24 horas em 78% dos casos ($n = 60/77$).

Os médicos participaram de cerca de 40% dos atendimentos (tradicional = 10/26; ESF = 34/83). Nas áreas da ESF, em 70% dos casos houve participação da enfermagem ($n = 59/83$), enquanto nas áreas tradicionais esta proporção foi de 35% ($n = 9/26$). Os assistentes sociais estiveram presentes em 12% dos atendimentos ($n = 10/83$) nas áreas da ESF e em um dos casos nas áreas tradicionais. A proporção de atuação dos fisioterapeutas nas áreas tradicionais foi de 27% ($n = 7/26$) e de 4% ($n = 3/83$) na ESF.

O padrão de avaliação foi similar, independentemente da área dos serviços de saúde. O atendimento foi considerado “muito bom” por 53% ($n = 51/96$) e “bom” por 42% ($n = 40/96$) dos idosos. Após o atendimento, a situação de saúde não se alterou para 21% dos idosos ($n = 20/94$), 37% ($n = 35/94$) referiu uma pequena melhora, 29% ($n = 27/94$) mencionou melhora considerável. O problema foi resolvido em 13% ($n = 12/94$) dos casos.

DISCUSSÃO

Os fatores associados ao recebimento de assistência domiciliar apresentaram padrões diferentes entre as populações atendidas pelos modelos de atenção à saúde. No entanto, independentemente do modelo, os fatores expressam consonância com os indicadores elegíveis como prioritários na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa^b e na documentação da Organização Mundial da Saúde.^c Dentre os fatores em comum, estão a história

^b Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; 2006.

^c Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF; 2005 [cited 2010 Jun 25]. Available from: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre assistência domiciliar e variáveis demográficas, socioeconômicas, morbididades, capacidade funcional, utilização de serviços e auto percepção de saúde, conforme o modelo de atenção, Bagé, RS, 2008.

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)				
	%	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p
Sexo ^a			0,714		0,378		0,203		0,563
Masculino	3,9	1		1		1		1	
Feminino	3,3	0,9 (0,40;1,88)	0,016	0,66 (0,27;1,64)		1,4 (0,86;2,06)		1,14 (0,72;1,80)	
Idade ^a (anos)									< 0,001
60 a 74	2,3	1		1		1		1	
75 ou mais	5,8	2,6 (1,19;5,48)	0,052	2,04 (0,88;4,74)		2,6 (1,75;3,92)		2,20 (1,44;3,35)	
Situação conjugal ^a									0,257
Solteiro / Divorciado	1,8	1		1		1		1	
Casado	2,4	1,31 (0,29;5,99)		0,99 (0,23;4,47)		1,58 (0,72;3,46)		1,66 (0,77;3,61)	
Viúvo	5,8	3,18 (0,74;13,69)	0,985	2,28 (0,49;10,57)		2,49 (1,14;5,42)		1,92 (0,88;4,17)	
Sabe ler e escrever ^a									0,047
Não	3,5	1,0 (0,35;2,82)		1,24 (0,42;3,67)		1,9 (1,25;2,82)		1,54 (1,01;2,37)	
Sim	3,5	1	< 0,001	1		1		1	
Renda per capita ^a									0,722*
≤ 1 SM	1,9	1		1		1		1	
> 1 a 3 SM	2,9	1,5 (0,52;4,11)		1,51 (0,54;4,27)		0,7 (0,44;1,17)		0,82 (0,50;1,35)	
> 3 SM	9,7	4,9 (1,98;12,19)	0,042	5,18 (2,07;12,93)		0,8 (0,26;2,43)		1,27 (0,42;3,86)	
Plano privado de saúde ^a									0,818
Não	2,2	1		1		1		1	
Sim	5,1	2,3 (1,03;5,05)	0,849	1,40 (0,59;3,29)		0,9 (0,58;1,49)		0,94 (0,57;1,55)	
Hipertensão ^b									0,188
Não	3,4	1		1		1		1	
Sim	3,6	1,1 (0,50;2,31)	0,128	1,16 (0,45;3,05)		1,9 (1,16;2,81)		1,42 (0,84;2,41)	
Diabetes ^b									0,283
Não	3,1	1		1		1		1	
Sim	6,2	2,1 (0,82;4,83)		1,64 (0,58;4,64)		1,9 (1,13;2,81)		1,31 (0,80;2,12)	

Tabela 2. continuação

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)				
	%	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p
AVC^b			< 0,001		0,003		< 0,001		0,001
Não	2,7	1		1		7,5		1	
Sim	11,4	4,3 (1,92;9,45)		3,94 (1,57;9,88)		29,9		2,33 (1,41;3,85)	
Câncer^b			0,034		0,03		0,146		0,591
Não	3,2	1		1		9,5		1	
Sim	9,5	3,0 (1,09;8,38)		4,07 (1,41;14,48)		16,7		1,27 (0,53;3,06)	
Demência^b			0,035		0,002		< 0,001		0,048
Não	2,4	1		1		6,6		1	
Sim	6,8	2,9 (1,08;7,69)		4,49 (1,71;11,81)		22,2		1,69 (1,01;2,85)	
Depressão^b			0,399		0,142		< 0,001		0,001
Não	2,8	1		1		6,1		1	
Sim	4,4	1,6 (0,54;4,60)		0,45 (0,15;1,31)		20,1		2,14 (1,35;3,39)	
Queda no último ano^b			0,755		0,455		0,001		0,018
Não	3,4	1		1		7,5		1	
Sim	3,8	1,1 (0,50;2,58)		1,41 (0,57;3,46)		15,1		1,74 (1,09;2,76)	
Incapacidade AVD^c			< 0,001		0,691		< 0,001		0,008
Não	2,2	1		1		5,7		1	
Sim	16,4	7,4 (3,53;15,41)		1,20 (0,49;2,98)		39,2		2,19 (1,23;3,92)	
Incapacidade AIVD^c			< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Não	0,7	1		1		3,2		1	
Sim	10,8	14,6 (5,08;41,81)		10,35 (3,25;32,94)		20,9		3,20 (1,68;6,10)	
Hospitalização^d			0,002		0,789*		< 0,001		0,054*
Nenhuma vez	1,9	1		1		5,6		1	
Uma vez	6,5	3,4 (1,45;8,09)		1,77 (0,71;4,39)		19,4		2,23 (1,33;3,75)	
Dois ou mais vezes	9,5	5,0 (1,88;13,3)		0,84 (0,26;2,69)		22,3		1,65 (0,88;3,09)	

Continua

Tabela 2 continuação

Variável	Tradicional (n = 741)				Estratégia Saúde da Família (n = 852)				
	%	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p	Análise bruta RP (IC95%)	valor de p	Análise ajustada RP (IC95%)	valor de p
Consulta médica ^d			< 0,001		0,079*		< 0,001		0,456*
Nenhuma vez	1,8	1		1		4,8		1	
Uma vez	3,4	1,9 (0,67;5,18)		1,60 (0,49;5,16)		14,5		1,16 (0,67;2,01)	
Dois ou mais vezes	7,8	4,3 (1,62;11,37)		2,49 (0,89;6,96)		13,6		0,67 (0,32;1,43)	
Acamado ^d			< 0,001		0,056		< 0,001		0,001
Não	2,6	1		1		6,8		1	
Sim	14,0	5,3 (2,42;11,73)		2,44 (0,98;6,11)		34,4		2,49 (1,45;4,17)	
Autopercepção de saúde ^d			0,713		0,962		< 0,001		0,423
Boa, muito boa	2,8	1		1		5,3		1	
Muito ruim, ruim, regular	3,2	1,2 (0,50;2,75)		1,02 (0,39;2,65)		13,6		1,25 (0,72;2,16)	

* teste Wald de tendência linear; AVC: acidente vascular cerebral; AVD: atividades da vida diária; AVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária; ^a Análise ajustada para variáveis do primeiro nível; ^b Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e nível 1; ^c Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis 1 e 2; ^d Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis 1, 2 e 3

de AVC; sinais de demência; e a incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária. Nas áreas da ESF, maior número de fatores estiveram associados: idade, escolaridade, depressão, história de queda no último ano, incapacidade para atividades básicas da vida diária, hospitalização e ter estado acamado.

A assistência prestada nas áreas da ESF revelou a capacidade de diminuir iniquidades sociais. Nessas áreas, a maior prevalência de idosos com renda *per capita* de até um salário mínimo e sem acesso a plano de saúde sugere que a ESF permitiu, em curto prazo, diminuir a desigualdade financeira no acesso aos serviços de saúde. A associação positiva com renda nas áreas da atenção tradicional também foi observada no estudo americano sobre o uso de cuidado formal e informal em idosos com incapacidade funcional.¹¹ Nas áreas da ESF essa associação não foi observada, reforçando a importância de fatores demográficos e de morbidades, com potencial para desenvolver incapacidade funcional, no recebimento da assistência no domicílio. O debate sobre o envelhecimento enfatiza o incremento da longevidade com independência. Agravos como seqüelas de AVC são marcadores de necessidade de cuidado. São passíveis de prevenção com o manejo adequado da hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, aliado à prática de atividade física. Do mesmo modo, a fisioterapia desempenha importante papel na recuperação dos movimentos e da autonomia. Nas áreas da atenção tradicional, os idosos com história de AVC apresentaram probabilidade quatro vezes maior de utilizar assistência domiciliar, comparados àqueles que não o experimentaram; nas áreas da ESF essa probabilidade foi 2,3 vezes maior. Em Bagé, a presença de sinais de demência mostrou ser um importante marcador de recebimento de assistência domiciliar, independentemente da área de residência do idoso. Considerando o acúmulo de morbidades associadas ao envelhecimento, idosos mais velhos teriam maior probabilidade de necessitar de assistência domiciliar e a demência é um importante fator no planejamento dessa assistência.¹⁴ Nas áreas da ESF, a idade (75 anos ou mais) e a presença de sinais de demência foram fatores associados à assistência domiciliar, mesmo após ajustes para fatores demográficos, socioeconômicos e de morbidade. Na Espanha, as seqüelas de AVC e as síndromes demenciais representaram, respectivamente, 43% e 27% da demanda de cuidados no primeiro ano de funcionamento de uma equipe de suporte ao cuidado domiciliar a idosos.¹⁶

Outra causa importante de imobilidade é a história de queda. É necessário que profissionais de saúde planejem iniciativas que diminuam a probabilidade de sua ocorrência. Neste estudo, a prevalência de queda foi semelhante nas duas áreas (28%); entretanto, após ajuste, permaneceu associada à assistência domiciliar apenas nas áreas da ESF. No estudo com idosos com 65 anos ou

mais residentes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, a prevalência de queda foi de 35%. Dentre os idosos que sofreram quedas, 12% teve fratura como consequência, reforçando sua importância para a saúde pública.²⁰

Do conjunto de profissionais envolvidos no cuidado, a equipe de enfermagem teve grande participação nas áreas de ESF. Em países cujo processo de envelhecimento iniciou-se há mais tempo, a Enfermagem mantém papel central na organização da atenção domiciliar.⁸ No Brasil, a organização da assistência domiciliar deve considerar a participação de uma equipe multiprofissional de cuidados, composta, em geral, por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem, além de preparar a formação desses profissionais para a nova realidade demográfica e epidemiológica, incluindo o domicílio como ambiente terapêutico.¹ A família possui papel de destaque na viabilização da assistência domiciliar. No entanto, mudanças observadas na estrutura familiar aumentam a probabilidade de que as futuras gerações necessitem de cuidados adicionais que a família não será capaz de fornecer. Isso aumentará a responsabilidade dos governos, especialmente no âmbito municipal, onde o atendimento domiciliar é disponibilizado.

O número de perdas pode ser apontado como uma limitação do estudo, que ocorreu nas respostas às variáveis sobre o responsável pela solicitação do atendimento, as formas de acesso e o tempo de espera para ser atendido.

Ainda assim, observou-se um padrão que poderá ser explorado em próximos estudos.

Os achados sugerem a operacionalização da assistência no domicílio como adequada, reforçando como prioritários os fatores descritos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O fato de a prevalência de assistência domiciliar ser maior na ESF é coerente com o perfil socioeconômico, a morbidade e a oferta de serviço nessas áreas. A estratégia possibilitou o acesso ao cuidado, reafirmando a importância desta no atendimento à população incapacitada de se deslocar aos serviços de saúde. A satisfação dos usuários com o serviço recebido destaca-se como indicador de qualidade da atenção.

O número de idosos responsáveis pelo cuidado de outros idosos tende a aumentar à medida que é observado o incremento na expectativa de vida.¹⁷ A participação da rede social de apoio e a adequação do ambiente domiciliar poderão ser objeto de próximas pesquisas. O incentivo à prática de atividade física pode melhorar o equilíbrio e a marcha, diminuindo o risco de quedas. Projetos que avaliem a infra-estrutura do município em termos de transporte urbano, trânsito, acessibilidade a prédios públicos e áreas de lazer poderão auxiliar na organização de ambientes que facilitem a circulação dos idosos com desabilidades, diminuindo sua dependência. Esse conjunto de iniciativas deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e intersetorial, na perspectiva da construção de ambientes livres de barreiras arquitetônicas e adequados às futuras gerações.

REFERÊNCIAS

1. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociencias*. 2001;9(3):111-17.
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Carvalho JA, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300005
4. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:79-98. DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401
5. Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
6. Feuerwerker LM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;24(3):180-9.
7. Folstein MF, Folstein ES, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6
8. Hamilton DB. No place like home. *Rev Am Hist*. 2002;30(2):310-5. DOI:10.1353/rah.2002.0031
9. Kalache A, Kickbush I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997;4-5.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
11. Kemper P. The use of formal and informal care by the disabled elderly. *Health Serv Res*. 1992;27(4):421-51.
12. Kerber NPC, Kirchof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):485-93. DOI:10.1590/S0102-311X2008000300002
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
14. Lindsay J, Sykes E, McDowell I, Verreault R, Laurin D. More than the epidemiology of Alzheimer's disease: contributions of the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Psychiatry*. 2004;49(2):83-91.
15. Rehem TCMSB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2005;10(suppl.):231-42. DOI:10.1590/S1413-81232005000500024
16. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Aten Primaria*. 2001;28(10):652-56.
17. Rosa TEC. Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC, editors. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.203-18.
18. Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version*. New York: Hayworth; 1986.
19. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):391-7. DOI:10.1590/S0034-89102005000300009
20. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-56. DOI:10.1590/S0034-89102007000500009
21. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-89102009005000025
22. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;15(suppl.):225-64. DOI:10.1590/S0103-73312005000300011

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ARTIGO 3

ARTIGO 3

Avaliação da Qualidade da Assistência Domiciliar a Idosos: revisão da literatura.

Quality in Home Health Care: literature review

Elaine Thumé^{1,2*}, Luiz Augusto Facchini¹, Maria de Fátima dos Santos Maia³, Elaine Tomasi^{4,5}, Alitéia Santiago Dilélio¹, Suele Manjourany Silva¹

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

² Depto de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

³ Fundação Universidade do Rio Grande

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

* Endereço para correspondência:

Elaine Thumé

Rua: Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso. Caixa Postal 464

Bairro: Centro

Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil. CEP: 96020-220

Número de telefone: (53) 32841300

E-mail: elainethume@gmail.com

RESUMO

A revisão da literatura objetivou a busca de instrumentos e indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência prestada aos idosos no âmbito domiciliar. Foram pesquisadas as bases de dados bibliográficas PubMed, WoS e Lilacs, em janeiro de 2010. Os dezenove artigos selecionados foram agrupados em dois conjuntos: o primeiro reuniu as questões conceituais, instrumentos e indicadores testados nas últimas duas décadas. No segundo conjunto foram agrupados os trabalhos sobre a utilização destes instrumentos em estudos e pesquisas. Dois instrumentos se destacaram no estudo da qualidade da atenção domiciliar: o *Outcome and Assessment Information Set* e o *Minimum Data Set - Home Care (MDS-HC)*. A taxa de hospitalização, a capacidade funcional e o controle da dor foram indicadores utilizados em ambos instrumentos. A avaliação cognitiva, a taxa de vacinação contra Influenza, além da negligência ou abuso foram indicadores destacados no MDS-HC. Esta revisão poderá subsidiar a discussão sobre a elaboração de instrumentos próprios e indicadores adequados para avaliar a qualidade da assistência domiciliar, principalmente diante da expansão e consolidação da estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: avaliação, assistência domiciliar, idosos, indicadores de saúde, atenção básica à saúde.

ABSTRACT

The objective was to review the literature in search for tools and indicators proposed for the study of quality assessment of care for the elderly at home. The databases PubMed, WoS and Lilacs were revised in January 2010. The articles were classified into two sets: the first one brings together the conceptual issues, instruments and indicators tested in the past two decades around the world. In the second set the works on the use of these tools in studies and research were grouped. Nineteen articles were selected for inclusion in the analysis. Two instruments are highlighted in the study of quality home care: the Outcome and Assessment Information Set and the Minimum Data Set - Home Care. The hospitalization rate, functional capacity and pain control indicators were used in both instruments to assess quality. Cognitive assessment, the vaccination against influenza, as well as indicators of neglect or abuse were highlighted in the MDS-HC. This review may help the discussion about the relevance in the development of specific instruments and appropriate indicators to assess home care provided in primary health care, mainly due to the expansion and consolidation of family health strategy.

Keywords: assessment, home health care, elderly, health indicators, primary health care.

Introdução

A avaliação de políticas e programas de saúde é essencial no suporte à gestão, de modo a identificar problemas, reorientar ações e serviços e dimensionar o desempenho e a efetividade das práticas de saúde¹. Entretanto, sua institucionalização desafia gestores, pesquisadores e trabalhadores da saúde, principalmente na escolha de bases teóricas e metodológicas capazes de avaliar as complexas dimensões dos cuidados prestados aos indivíduos e populações. A qualidade da atenção em saúde no âmbito domiciliar tem sido uma preocupação crescente nos estudos avaliativos, com particular interesse no estabelecimento de indicadores de desempenho através da análise da estrutura e do processo do atendimento^{2,3,4,5}.

O domicílio como ambiente terapêutico diferencia-se da assistência hospitalar e em instituições de longa permanência pela natureza dos serviços prestados, por características próprias do indivíduo sob cuidado e pela presença dos cuidadores informais atuando de forma complementar^{4,6}. Indicadores capazes de captar estas nuances desafiam os esforços de avaliação da qualidade da atenção no ambiente domiciliar, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional e crescente predomínio das doenças crônicas^{2,3,5}.

No Brasil, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde é um instrumento de apoio à gestão do Sistema Único de Saúde no que se refere à qualidade da assistência oferecida aos usuários, mas está focado principalmente na área hospitalar⁷. Estudos recentes têm identificado o incremento no acesso e na utilização de serviços de atenção básica à saúde e na assistência domiciliar⁸⁻¹⁰. Outros estudos sobre a atenção domiciliar, utilizando abordagens descritivas e qualitativas, enfocam critérios de inclusão para o recebimento da assistência, a avaliação de risco individual, as características da demanda atendida, a participação dos cuidadores informais e a complexidade na mudança do modelo tecno-assistencial¹¹⁻¹⁴. Entretanto, permanece inexplorada a avaliação da qualidade dos processos e dos resultados da assistência domiciliar, justificando a necessidade de identificar instrumentos e indicadores que reflitam esta dimensão dos cuidados de saúde prestados.

O objetivo deste artigo foi revisar a literatura na busca de instrumentos e indicadores propostos para avaliar a qualidade da assistência prestada aos idosos no âmbito domiciliar.

Metodologia

A primeira etapa da revisão de literatura foi realizada em janeiro de 2010, com buscas nas bases de dados bibliográficas PubMed (Publicações Médicas), WoS (Web of Science) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Ao finalizar a procura em cada base, as referências duplicadas eram retiradas. Os limites utilizados foram idioma (inglês, português e espanhol), estudos com humanos e, algumas vezes, recursos de controle de vocabulário (pesquisa por descritores e palavras do título). Não foi estabelecido limite de tempo, isto é, as buscas foram feitas em todo o conteúdo das bases. A Figura 1 apresenta os detalhes deste processo.

A etapa seguinte consistiu na seleção das referências relevantes, primeiro a partir da leitura dos títulos e depois da leitura dos resumos. Também foram identificados artigos a partir da análise das referências dos artigos selecionados.

Os critérios utilizados na exclusão dos artigos foram: indisponibilidade de resumos; estudos realizados com idosos moradores de casas geriátricas; idosos sob cuidados hospitalares ou em internação domiciliar sob cuidados paliativos; e pesquisas realizadas com outros grupos populacionais, que incluíam idosos, porém este não era o foco principal de análise.

Por fim, foram selecionados apenas os estudos que abordavam a qualidade na avaliação da assistência domiciliar prestada à população idosa.

Após a etapa de seleção, os artigos foram classificados por local e ano da publicação, fonte, ano e forma da coleta de dados, principais objetivos do estudo, tipo de instrumento usado na coleta de dados e indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência.

Os artigos foram agrupados em dois conjuntos: o primeiro reunindo estudos sobre questões conceituais, instrumentos e indicadores testados nas últimas duas décadas na avaliação da qualidade da assistência domiciliar a idosos. No segundo conjunto foram agrupados os trabalhos sobre a utilização dos instrumentos em estudos e pesquisas.

Resultados

Foram encontradas 7.116 referências e, após leitura dos títulos, 6.306 referências foram descartadas. A maior parte dos estudos desconsiderados abordava a assistência

em hospitais e casas geriátricas (4.718), e outros não apresentavam resumo (1.588). Através da leitura de 810 resumos, selecionaram-se 43 artigos para serem lidos na íntegra. Nesta fase foram descartados 30 artigos e agregados outros seis localizados a partir das referências. No final deste processo (Figura 2), restaram 19 artigos para serem incluídos na análise. Oito tratavam das questões conceituais, os grupos de pesquisa e os instrumentos e indicadores desenvolvidos nas últimas duas décadas, para a avaliação da qualidade da assistência domiciliar a idosos^{2,3,4,5,15,16,17,18}. Os demais artigos apresentavam os resultados de trabalhos sobre a utilização dos instrumentos em estudos e pesquisas^{19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29}.

A inserção da qualidade na avaliação da assistência domiciliar

A preocupação com a qualidade na atenção à saúde prestada no domicílio teve início, nos Estados Unidos, na década de 1980, após a mobilização da sociedade frente a contínuas denúncias de maus tratos e abusos no cuidado domiciliar de idosos e a falta de padronização e supervisão na prestação de serviços entre as empresas prestadoras de cuidado domiciliar². Nos Estados Unidos, a assistência domiciliar em saúde é prestada por empresas privadas licenciadas, cujo objetivo principal é a prestação de assistência de enfermagem especializada, fisioterapia e terapia ocupacional, assistência social e cuidador auxiliar sob supervisão profissional para tratamento ou reabilitação dos pacientes no domicílio. As empresas recebem certificação através do *Medicare*, um programa de seguro social para idosos com 65 anos ou mais de idade, implementado em 1965 através do *Social Security Act* e administrado pelo governo dos EUA. A certificação significa que o órgão cumpriu diretrizes federais específicas e critérios relativos à assistência ao paciente⁵.

Até o final dos anos 1980, a avaliação estava centrada nas questões estruturais, incluindo aspectos administrativos, disponibilidade de recursos humanos e os estudos tinham como foco as políticas e procedimentos das empresas. O desafio era a inclusão de indicadores relacionados com o processo de trabalho, entre eles, a avaliação do paciente, o plano de cuidados proposto e a provisão de serviços individualizados. Também não havia consenso sobre as medidas de qualidade nos resultados e a melhor forma de implementar tal avaliação^{3,5}.

Dois grupos de pesquisa se destacaram no estudo da qualidade da atenção domiciliar. O primeiro grupo, formado por pesquisadores vinculados a Universidade de

Colorado, iniciou o desenvolvimento do instrumento denominado *Outcome and Assessment Information Set* (OASIS), no final dos anos 1980 e início dos anos 1990. O segundo grupo, denominado inter-RAI (*Resident Assessment Instrument*), foi formado por pesquisadores americanos vinculados a Universidade de Michigan, em parceria com pesquisadores canadenses, europeus e japoneses. Este grupo iniciou o estudo com residentes em casas geriátricas e, em 1993, estendeu a metodologia de avaliação da qualidade para a atenção domiciliar, propondo a utilização do instrumento denominado *Minimum Data Set- Home Care* (MDS-HC)^{3,4,5,15,18}.

Na elaboração do OASIS houve consenso sobre a necessidade de combinar indicadores de estrutura, processo e resultado, além de formar grupos homogêneos dos pacientes, de acordo com os problemas de saúde apresentados, facilitando assim, a comparação entre as empresas^{3,15}.

Na construção do MDS-HC, alguns parâmetros foram estabelecidos, entre eles: ser baseado no paciente e apoiar o planejamento de cuidados; ter uso em diferentes países; servir como um manual de treinamento e referência para os profissionais responsáveis pelos cuidados no domicílio e apoiar ações multidisciplinares na organização e prestação do cuidados.

A capacidade de medir mudanças no estado de saúde dos pacientes e, portanto, acompanhar a evolução do estado de saúde ao longo do tempo foi uma preocupação comum nos dois grupos de pesquisa.

O OASIS contém um conjunto de dados socio-demográficos, ambientais, sistema de suporte, estado de saúde, capacidade funcional e utilização de serviços de saúde. Os dados são coletados no início do acompanhamento, a cada 60 dias ou no momento da alta ou do encaminhamento para hospitalização. Atualmente, o OASIS é um componente fundamental na avaliação da qualidade da atenção domiciliar prestadas pelas empresas conveniadas com o *Medicare*. Com base nos dados coletados através do OASIS os profissionais identificam as necessidades e planejam a intervenção. Os desfechos são analisados de forma dicotômica: melhora ou estabilidade³⁰. Os desfechos relacionados a utilização de serviços são monitorados pela sua ocorrência. Ao todo, 41 indicadores monitoram a qualidade na atenção domiciliar⁵, deste total, 12 indicadores comparam o desempenho entre as empresas e estão apresentados na Figura 3.

Madigan & Fortinsky¹⁷, realizaram uma avaliação psicométrica do OASIS (n=201). Foram avaliados os domínios funcional, afetivo e comportamental, acrescidos de um quarto item relacionado com avaliação clínica (presença de uma úlcera, dispnéia

ou interferência na atividades diárias devido à dor). A confiabilidade foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach e a estatística Kappa foi utilizada para avaliar a confiabilidade intra-observador. Também foi observada a validade de construto através da avaliação dos múltiplos itens que representam os domínios funcional, afetivo e comportamental. O domínio funcional mostrou ser suficientemente confiável, com alta consistência interna (alfa de Cronbach de 0,86 e 0,91, respectivamente na admissão e na alta) e o Kappa intra-observador aumentou em cinco dos seis itens entre a admissão e a alta. Os autores também avaliam que as evidências mostram forte validade de construto neste domínio. A análise dos domínios relacionados ao afeto e aos aspectos comportamentais mostraram-se inadequados e os autores sugerem revisão das escalas. O Kappa intra-observador mostrou boa consistência nestes domínios (acima de 0,80). Com relação aos itens da avaliação clínica, os autores destacam a dificuldade em identificar a confiabilidade intra-observador, especificamente com relação à dispnéia e dor. Os escores Kappa para esses itens foram inferiores a 0,75 tanto na admissão quanto na alta. A presença de úlcera mostrou um Kappa perfeito nas duas observações. Este achado pode ser devido a um dado objetivo para avaliação. Os autores sugerem novas avaliações psicométricas e comparações do domínio funcional do OASIS com escalas similares como, por exemplo, o índice de Katz³¹.

O MDS-HC contém dados sociodemográficos, escala para avaliação cognitiva, incluindo também aspectos da comunicação e visão, humor, bem-estar psicossocial, capacidade funcional, continência, diagnóstico de doenças, situação da saúde oral e nutricional, condição da pele, uso de medicamentos, suporte social, tratamentos e procedimentos, avaliação ambiental e situação na alta. Após avaliação e diagnóstico inicial, a metodologia disponibiliza 30 protocolos para a operacionalização do cuidado. Além de avaliar a qualidade nos resultados, o MDS-HC permite avaliar a elegibilidade para a inclusão na assistência domiciliar e o planejamento do cuidado. O MDS-HC tem sido utilizado por empresas norte-americanas, canadenses, européias, japonesas, chinesas e australianas. A Figura 3 apresenta os dezesseis indicadores utilizados para avaliar a qualidade, cuja medida utilizada é a prevalência⁴.

Morris e colaboradores¹⁶, testaram a concordância inter observador de 93 itens do MDS-HC em um total 241 idosos sob assistência domiciliar em cinco países: Austrália (10%), Canadá (11%), República Checa (4%), Japão (47%) e Estados Unidos (28%). Os idosos foram selecionados aleatoriamente e o instrumento foi aplicado no mesmo idoso por entrevistadores diferentes, com intervalo de sete dias entre as

avaliações. Idosos sob assistência domiciliar tinham em média 79,6 anos, 60% eram mulheres, 62% apresentavam múltiplas morbidades e 24% recebiam serviço terapêutico. Foi observada baixa concordância ($Kappa < 0.4$) nos itens que avaliaram o estado nutricional (mudança de peso e consumo alimentar); concordância adequada ($Kappa 0.4-0.75$) na avaliação da presença de delírio, problemas visuais, indicadores de depressão, ansiedade e mau humor, presença de infecções, dor, mudança do peso, condições da pele e da saúde bucal e; alta concordância ($Kappa > 0.75$) na avaliação da memória e tomada de decisão, capacidade de comunicação, continência fecal e urinária, história de queda, uso de medicamentos e tratamentos.

Utilização dos instrumentos de avaliação da qualidade em estudos e pesquisas

No estudo de Shaughnessy e colaboradores¹⁹, foi observada uma diferença estatisticamente significativa, entre as taxas de hospitalização dos pacientes sob cuidados das 54 empresas que utilizaram o OASIS, em 27 estados americanos, no período de 1995 a 2000, comparado com empresas que não o utilizaram. O estudo de intervenção de Allen e colaboradores²⁰, com avaliação antes e depois da implantação do OASIS, conduzido em 69 empresas no estado de Michigan, também evidenciou diferenças estatisticamente significativas nas taxas de hospitalização, na transferência cama/cadeira, no estado da ferida cirúrgica, no controle da dor, no manejo das medicações orais, na utilização de serviços de urgência e no nível de ansiedade, entre o estudo de linha de base e o de acompanhamento realizado após um ano. Entretanto, ao comparar os resultados com o desempenho do grupo utilizado como padrão nacional, estas diferenças desapareceram. Os autores apontam como limitação a falta de padronização na escolha do indicador a ser monitorado, inviabilizando assim comparações entre as empresas²⁰.

Keepnews e colaboradores²¹, utilizaram 16 indicadores para avaliação do estado funcional, dos quais 15 relacionados com atividades da vida diária e instrumentais da vida diária, acrescidos da frequência de dor interferindo na atividade funcional. Do total de 1015 pacientes acompanhados por 60 dias, 78% apresentaram melhora, 18% pioraram e 3% não apresentaram mudança na capacidade funcional. Uma importante contribuição deste estudo foi a de utilizar o OASIS para a avaliação de desempenho no nível do indivíduo, extrapolando as análises agregadas do desempenho por empresas.

No estudo realizado por Landi e colaboradores²³, foram acompanhados um total de 115 idosos elegíveis para receber assistência domiciliar, no período de janeiro de 1997 a março de 1998, através da aplicação do MDS-HC e seus protocolos. Cada idoso foi seu próprio controle e as taxas de hospitalização e o número de dias de permanência no hospital foram comparadas com os seis meses que precederam a inclusão no programa de assistência domiciliar. Após seis meses, 15% dos pacientes haviam morrido e 7% foram transferidos para casas geriátricas por apresentarem altos níveis de declínio funcional e cognitivo. Antes da intervenção 56% dos pacientes foram internados no hospital, contra 46% após a intervenção ($p < 0.001$). Também houve redução no número de dias de permanência no hospital, com diferenças estatisticamente significativas entre o período pré e pós intervenção.

Em 2001, Landi e colaboradores²⁵ realizaram um ensaio clínico randomizado com idosos elegíveis para receber assistência domiciliar em dois distritos italianos. No distrito sob intervenção foi utilizado o MDS-HC como instrumento para avaliação geriátrica ($n=91$). No distrito com o grupo controle ($n=90$), foi utilizado a forma tradicional de avaliação da capacidade funcional (AVD e AIVD) e do estado cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental). Os idosos foram acompanhados durante um ano e a avaliação foi realizada no momento da admissão e repetida a cada três meses. Os principais desfechos monitorados foram: hospitalização, uso de serviços de saúde e custo relacionado e capacidade funcional e cognitiva. O risco relativo de admissão hospitalar foi de 0,49 (IC95% 0,56-0,97) para os idosos sob intervenção comparados com o grupo controle. O estudo também mostrou que mesmo quando os idosos do grupo intervenção precisaram hospitalização, esta ocorreu mais tardiamente e menos freqüentemente (13% vs 23% respectivamente). Os gastos com os idosos do grupo intervenção foi 21% menor do que os do grupo controle. Não houve diferença estatisticamente significativa no número de horas de cuidado de enfermagem, fisioterapia ou médico entre os grupos.

O MDS-HC foi utilizado no estudo de Bos e colaboradores²⁸ para detectar diferenças na qualidade dos cuidados domiciliares prestados a 4007 idosos com 65 anos ou mais, na área urbana de 11 países europeus: República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Inglaterra, Islândia, Itália, Holanda, Noruega e Suécia. Os piores resultados em todos os países foi no indicador 'potencial para reabilitação nas AVD, mas que não receberam atendimento de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou exercícios terapêuticos'. Em média, 66% dos idosos não estavam recebendo

atendimento fisioterápico ou exercícios terapêuticos. A pior prevalência neste indicador foi na República Tcheca (99%) e a melhor foi na Noruega (58%). O ‘controle inadequado da dor’ foi o segundo indicador com maior prevalência, a média dos países foi de 41%, com pior desempenho na Dinamarca (68%) e melhor na Noruega (23%). O indicador ‘prevalência do não recebimento de vacinação contra Influenza nos últimos dois anos’ apresentou uma média de 37%, variando de 12% a 69%. As piores coberturas vacinais ocorreram na República Tcheca e a melhor cobertura foi na Dinamarca. A ‘prevalência de negligência ou abuso’ era problema para cerca de 4% dos idosos e, em média 7% dos idosos apresentava ‘desidratação’.

Doran e colaboradores²⁹ utilizaram o MDS-HC para avaliar riscos na segurança, e a ocorrência de eventos adversos entre indivíduos sob cuidado domiciliar no Canadá. Foram analisados os dados de 238.958 casos registrados em Ontário (n=205.953), Nova Escócia (n=26.751) e *Winnipeg Regional Health Authority* (n=6.254), no período de 2003 a 2007. Os autores destacam os seguintes aspectos que comprometem a segurança dos pacientes: utilização de múltiplos fármacos, o comprometimento cognitivo e o fato dos idosos morarem sozinhos. Apontam limitações no estudo para a validação na ocorrência atual de eventos adversos e sugerem sua validação em uma amostra para verificar se pode ser atribuído ao manejo no cuidado em saúde e também se o instrumento é capaz de captar todas as possibilidades de ocorrência.

Discussão

A revisão identificou os avanços na elaboração dos instrumentos e indicadores no estudo da qualidade na avaliação da assistência domiciliar. As iniciativas são lideradas por pesquisadores vinculados a países cujo processo de transição demográfica e epidemiológica ocorreu precocemente. Os instrumentos OASIS e MDS-HC se destacam na utilização de indicadores para inclusão da qualidade na avaliação da assistência domiciliar. Entretanto, esta não é uma tarefa fácil diante de uma temática que engloba múltiplos aspectos e cujas avaliações abrangem a estrutura e a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho das equipes, o ambiente domiciliar, sua organização e rede de apoio^{3,5}.

A prestação de cuidados de saúde de qualidade é parte vital do sistema de saúde. Ao fornecer o cuidado é necessário ajudar os indivíduos a manter ou recuperar a auto-suficiência evitando a institucionalização. O uso da taxa de hospitalização como

um indicador de qualidade é um ponto em comum dos instrumentos. Também é consenso a avaliação do impacto da assistência domiciliar sobre a capacidade funcional e controle da dor^{19-21,23,25,28}.

A utilização da avaliação cognitiva, das taxas de vacinação contra Influenza e negligência ou abuso foram indicadores destacados nos estudos que utilizaram o MDS-HC^{23,28,29}. A inclusão destes indicadores representa avanços na avaliação da qualidade. Atualmente está sendo discutida a possibilidade de inclusão, na próxima revisão do OASIS, de indicadores relacionados com o recebimento de vacinação (influenza, pneumococo), intervenções no manejo da dor, exames dos pés, quedas e revisão das medicações. Apesar de acarretar a coleta de mais dados, a inclusão destes indicadores terá um valor potencial para a melhora da avaliação da qualidade⁵.

Atualmente, nos EUA, tem sido discutida a inclusão de indicadores capazes de medir a satisfação do paciente, com perguntas que captem sua percepção sobre o processo de recebimento de cuidado. Dentre eles, destaca-se o tempo entre a solicitação do cuidado e o recebimento, a orientação sobre as medicações e a receptividade sobre as necessidades auto-percebidas. Também há necessidade de melhorar a avaliação da abordagem no cuidado de doentes crônicos, incluindo questões relacionadas com a qualidade de vida⁵.

A polarização da revisão em dois instrumentos pode sugerir uma fragilidade na revisão da literatura. Entretanto, reflete a iniciativa pioneira dos grupos de pesquisa vinculados a universidades americanas no estudo do tema, atendendo demanda de usuários e gestores da assistência domiciliar de saúde. A aplicabilidade do MDS-HC em diferentes países aponta para sua capacidade de adaptação e utilização nas populações idosas residentes em países desenvolvidos, e em distintos sistemas de saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa³² preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Portanto, faz-se necessário e urgente o investimento em projetos de pesquisa que produzam e/ou testem instrumentos próprios ou adaptados à realidade brasileira, identificando indicadores capazes de avaliar a situação de saúde dos idosos e a qualidade da assistência prestada.

Serviços de boa qualidade auxiliam na recuperação da independência e a manutenção do idoso na comunidade reduzindo o custo em saúde ao prevenir institucionalizações. No início do acompanhamento é necessário avaliar as condições do ambiente domiciliar, de saúde dos indivíduos e as co-morbidades, de modo a auxiliar no

planejamento do cuidado e o estabelecimento de parâmetros para próximas avaliações. A avaliação ampliada inclui diferentes facetas da saúde do indivíduo e sua família, entre elas, o estado psicológico, funcional, o conhecimento relacionado com cuidados em saúde, a satisfação com o cuidado recebido, a aceitação e a participação do usuário na produção do cuidado^{5,14}.

O debate sobre quais os melhores instrumentos e indicadores para monitorar a qualidade na assistência domiciliar precisa ser suscitado no país, incluindo os aspectos da estrutura dos serviços, do processo de trabalho e dos resultados. Esta necessidade é premente diante da expansão e consolidação da estratégia de saúde da família e da política de saúde do idoso.

Referências

1. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização, Brasília:MS; 2005.
2. Moore FM. What about the quality of care? *Caring Magazine*, 16-24, 1988
3. Kramer AM, Shaughnessy PW, Bauman MK, Crisler KS. Assessing and Assuring the Quality of Home Health Care: A Conceptual Framework. *The Milbank Quarterly*1990;68(3):413-43.
4. Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist*2004 Oct;44(5):665-79.
5. Rosati RJ. The History of Quality Measurement in Home Health Care. *Clin Geriatr Med*2009;25:121-34.
6. Olsan TH, Shore B, Coleman PD. A Clinical Microsystem Model to Evaluate the Quality of Primary Care for Homebound Older Adults. *American Medical Directors Association*. [Review]. 2009 June 2009;10:10.
7. Ministério da Saúde. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde- PNASS. Edição 2004-2005. Brasília: MS; 2004.
8. Facchini LA, Thumé E, Teixeira VA, Rodrigues MA, Piccini RX. Atenção domiciliar à idosos no Sul e Nordeste do Brasil. In: Ministério da Saúde, ed. *III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2008.
9. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saúde Publ* 2009;43(4):604-12
10. Thumé E, Facchini LA, Wyschak G, Campbell P. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Health*.2010; 0: AJP.H.2009.184648v1

11. Duarte YAOD, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
12. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto enfermagem*. 2006;15(4):570-77
13. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saude Publica*. 2006 Aug;22(8):1629-38.
14. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública* 2010 Fevereiro, 2010;44(1):11.
15. Shaughnessy PW, Crisler KS. Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Review* 1994;16(1):32.
16. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter I, et al. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):1017-24.
17. Madigan EA, Fortinsky RH. Additional psychometric evaluation of the Outcomes and Assessment Information Set (OASIS). *Home Health Care Serv Q* 2000;18(4):49-62.
18. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard JC, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E, et al. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009 Mar 20;62(3):235-42.
19. Shaughnessy PW, Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, Kramer AM, et al. Improving Patient Outcomes of Home Health Care: Findings from Two Demonstration Trials of Outcome-Based Quality Improvement. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1354-64.
20. Allen BL, Burt P, Roychoudhury C, Chen B. Analysis of OBQI Outcomes in Participating Michigan Home Health Agencies. *J Nurs Care Qual* 2004;19(2):149-55.
21. Keepnews D, Capitman JA, Rosati RJ. Measuring patient-level clinical outcomes of home health care. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(1):79-85.
22. Schneider JS, Barkauskas V, Keenan G. Evaluating home health care nursing outcomes with OASIS and NOC. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(1):76-82.
23. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin P, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(12):1430-4.
24. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000 Dec;38(12):1184-90.
25. Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, et al. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2001 Oct;49(10):1288-93.

26. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug;16(4):259-69.
27. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, et al. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOme Care Study. *J Am Geriatr Soc* 2007 Mar;55(3):439-44.
28. Bos JT, Frijters DH, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, et al. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res* 2007 Aug;19(4):323-9.
29. Doran DM, Hirdes J, Blais R, Baker R, Pickard J, Jantzi M. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from RAI-HC reporting system. *Journal of Nursing Management*, 2009, 17, 165-174
30. Crisler KS, Baillie LL, & Richard AA (2000). Integrating OASIS data collection into a comprehensive assessment. *Home Healthcare Nurse*, 18, 249-254.
31. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jama*. 1963 Sep 21;185:914-9.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.

Base de dados	Estratégia de busca	Referências recuperadas
PubMed	(home care services[MH] OR community health services[MH] OR health services administration[MH] OR health services for the aged [MH]) AND (quality assurance health care [MH] OR outcome and process assessment [MH] or quality [ALL] OR outcome measurement in home health [ALL] OR patient satisfaction [MH] OR care older people [MH] OR agency for healthcare research and quality [ALL] OR quality of in-home services[TI] (quality[TI] AND home[TI] AND health[TI] AND care[TI]) measuring nursing home and home health quality [ALL] home health agency quality [ALL] or home health outcome patterns[ALL]	6.906
WoS	TS = (home AND care AND service AND quality AND aged)	158
Lilacs	Assistência domiciliar OR agências de assistência domiciliar OR serviços de assistência domiciliar	52
TOTAL		7.116

Legenda: PubMed = Publicações Médicas; WoS = Web of Science; Lilacs = Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MH = Mesh terms (vocabulário controlado da PubMed). All = busca por termos livres (não uso de MESH). TI = busca pelo título. TS = topic (vocabulário controlado WoS). TY = type (tipo de publicação). DECS = Descritor em Ciências da Saúde.

Figura 1. Base de dados investigadas, estratégias de buscas e número de referências recuperadas. Pelotas, 2010.

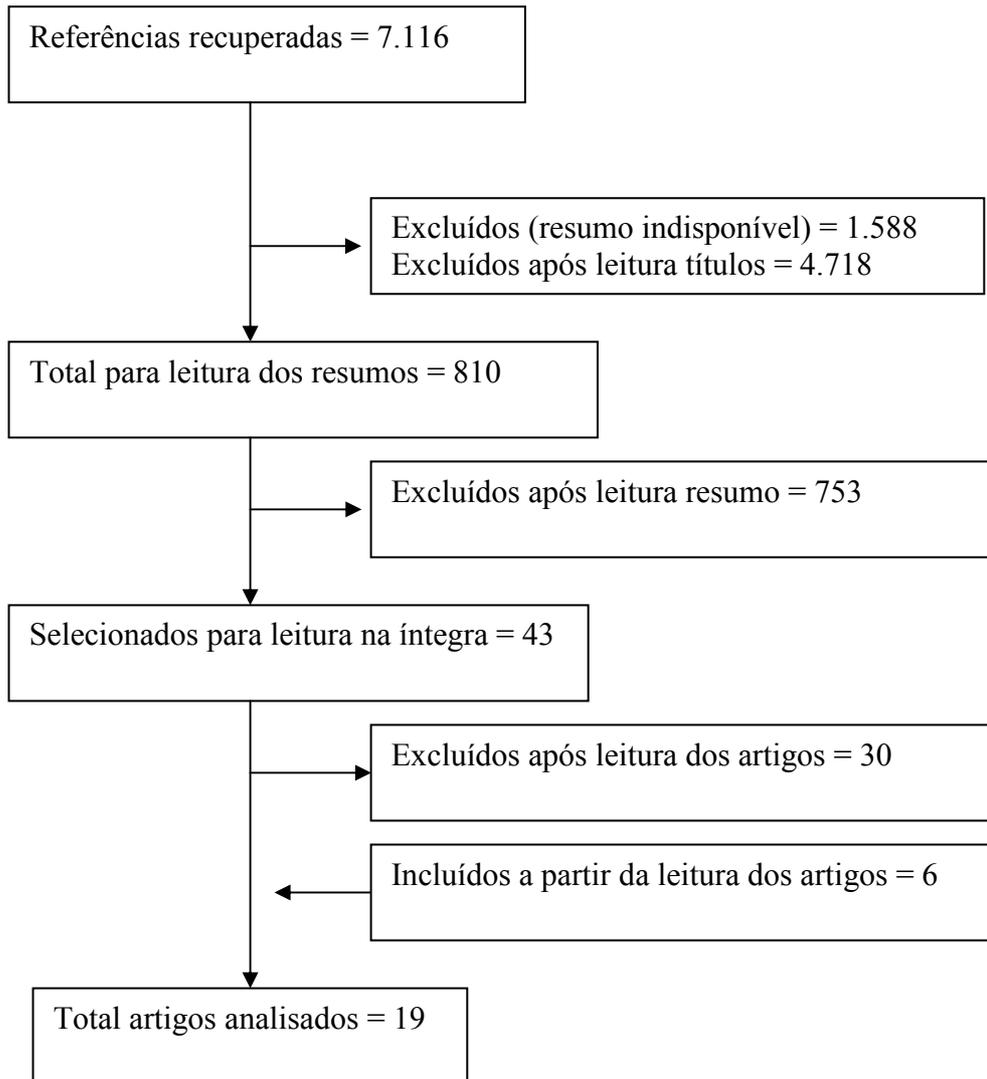


Figura 2. Esquema de seleção dos artigos. Pelotas, 2010.

Indicadores	OASIS	MDS-HC
Aspectos funcionais	Capacidade para caminhar Habilidade para banhar-se Habilidade para transferência cama/cadeira Capacidade para preparar e tomar medicamentos via oral	Prevalência com potencial para reabilitação nas AVD, mas que não receberam atendimento de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou exercícios terapêuticos. Prevalência de ausência de assistência entre pacientes com dificuldade de locomoção
Aspectos clínicos e fisiológicos	Dispneia Incontinência urinária Estado das feridas cirúrgicas Dor que interfere com a atividade	Prevalência de perda de peso Prevalência de desidratação Prevalência de alimentação inadequada Prevalência de controle inadequado de dor Prevalência de dor diária intensa que impede atividades diárias Prevalência de delírio Prevalência de depressão e mau humor
Utilização de serviços, intercorrências e assistência à saúde	Atendimento de emergência Internação hospitalar por problemas agudos Atendimento de emergência por deterioração de feridas Alta para comunidade	Prevalência de hospitalização Prevalência de negligência ou abuso Prevalência de isolamento social Prevalência de quedas Prevalência de qualquer acidente (ex: fratura, queimadura) Prevalência do não recebimento da vacinação contra influenza nos últimos 2 anos Prevalência de falta de revisão medicamentosa por médico nos últimos 6 meses

Figura 3. Indicadores utilizados para avaliação da qualidade nos instrumentos OASIS e MDS-HC. Pelotas, 2010.

NOTA À IMPRENSA

Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica.

O crescimento da população idosa é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades crônicas e incapacidades demandando maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Portanto, os serviços de atenção básica à saúde precisam adequar-se a esta nova demanda, identificando precocemente idosos em situação de fragilidade e resgatando o domicílio como ambiente terapêutico.

Estudo realizado por Elaine Thumé (UFPel), orientado pelos professores Luiz Augusto Facchini (UFPel) e Michael Reich (Harvard University – EUA), avaliou a assistência domiciliar a idosos, prestada por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais, segundo modelos de atenção básica – Saúde da Família e Tradicional. Os dados foram coletados em Bagé, Rio Grande do Sul, no ano de 2008. Um total de 1.593 idosos com 60 anos ou mais de idade, moradores da área urbana do município, responderam ao questionário.

De cada cem idosos, sete referiram ter recebido assistência no domicílio no período de três meses anteriores à entrevista. A assistência domiciliar foi maior entre os idosos com história prévia de derrame, hospitalizados no último ano, presença de sinais de demência e incapacidade para as atividades da vida diária. Nas áreas sob responsabilidade das equipes Saúde da Família a utilização de assistência domiciliar foi cerca de três vezes maior quando comparada com as áreas sob responsabilidade da atenção básica Tradicional.

A família foi responsável por 75% das solicitações de cuidado. Nas áreas da atenção básica Tradicional, os médicos responderam pela maior prestação de cuidados, enquanto, nas áreas da estratégia Saúde da Família houve maior diversificação dos profissionais envolvidos no cuidado, com destaque para a equipe de enfermagem. Aproximadamente 78% das solicitações foram atendidas em até 24 horas, 95% dos usuários avaliaram positivamente o cuidado recebido e dois terços dos idosos referiram melhora nas condições de saúde, após o atendimento, independente do modelo de atenção.

A implantação da estratégia Saúde da Família em Bagé, melhorou o acesso e resultou em maior utilização de assistência domiciliar. Estes achados podem servir de estímulo à expansão da cobertura da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, locais onde a cobertura ainda é limitada. O fato da estratégia Saúde da Família operar em áreas de maior vulnerabilidade social sugere uma maior equidade no acesso à assistência domiciliar entre os idosos. Nestas áreas, a maior prevalência de idosos com renda *per capita* de até um salário mínimo e sem acesso a plano de saúde indica que a Saúde da Família permitiu diminuir a desigualdade financeira no acesso aos cuidados domiciliares.

As avaliações positivas dos idosos e familiares sobre o cuidado recebido e o impacto na situação de saúde reforçam o domicílio como ambiente terapêutico, reiterando a importância de uma rede social de apoio.

ANEXOS

Anexo 1



HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Takemi Program in International Health

May 3, 2010

Maria Luiza de Santana Lombas
General Coordinator of Scholarships Abroad
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES
Ministério da Educação – Anexos I e II 2º andar
Brasília, DF, Brasil.

Dear Madam,

Elaine Thumé participated in the Takemi Program in International Health at Harvard School of Public Health from January 2009 through February 2010. During her time as a Research Fellow at the Harvard School of Public Health, she took full advantage of the opportunities available to her, including: attending the weekly Takemi Program Seminar; auditing public health classes at HSPH; attending weekly meetings of the Takemi Program Health Policy Study Group; and networking with researchers, faculty, and students at the school. These activities supported her research and provided her with an international and an interdisciplinary perspective on public health.

Elaine's research topic, "Home health care for the elderly," is very relevant for many countries, and during her time as a Takemi Fellow, she developed skills that will enable her to contribute to strengthening and improving health policy and the primary health care system in Brazil. While attending seminars and courses at Harvard, she was able to discuss her research with experts in her area of interest, and build relationships with mentors and other researchers that will help her throughout her career. She also shared her work with the other Takemi Fellows. This allowed her to improve the quality of her research and her writing, and to strengthen her individual capacity as a researcher.

During her time at Harvard, Elaine wrote two articles that have already been accepted for publication: "The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System," for the *American Journal of Public Health*; and "Home Health Care for Elderly: Factors Associated, Access and Health Care Characteristics," for the *Revista de Saúde Pública*. The fact that she produced two articles accepted for publication is a tribute to her hard work and successful research efforts.

Elaine's time with the Takemi Program at the Harvard School of Public Health was an excellent research training opportunity for her and met the objectives of the doctorate "sandwich" program supported by CAPES. She learned new skills, improved her capacity as a researcher, and gained knowledge of international health policy, while contributing to knowledge at Harvard about the health care system and policies in Brazil. We greatly appreciate the support provided to her by CAPES. We have received other Brazilian researchers supported by CAPES in the past, and look forward to a continued relationship with your organization in the future.

If you have additional questions, please do not hesitate to contact our office.

Sincerely yours,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. Reich".

Michael R. Reich

Anexo 2



HARVARD
School of Public Health

September 3, 2010 · People | Calendar | MyHSPH | Email

Search:

About HSPH | Academics | Admissions | Research | Faculty | Student Life | News | Alumni | Make a Gift

home > harvard public health now > January 15, 2010 Share | Email

Harvard Public Health NOW
Biweekly Publication of News and Notices from the Harvard School of Public Health

Current Issue
January 15, 2010
Archives
News
Office of Communications
Sign Up for E-Newsletter
Contact Us

RSS Feeds
 HPH NOW
 HSPH RSS

January 15, 2010

Takemi Fellows Aim to Tackle Variety of Public Health Problems at Home

This year's Takemi Fellows at HSPH include a 44-year-old Brazilian nurse assessing home care programs for seniors in her country and a 37-year-old nutritionist hoping to make a dent in the growing problem of childhood obesity in China.

The Takemi Program in International Health at HSPH brings together a group of mid-career professionals from around the world to advance global health knowledge and to help these professionals contribute to the development of institutions and national policies in their home countries.

Elaine Thume, (pictured at right), a third-year doctoral student in epidemiology at University Federal of Pelotas in Brazil, has interviewed nearly 1,600 elders in the city of Bage in the southern part of the country, and is analyzing the data to find out if a federal program that provides home care services through a primary care network is being sufficiently utilized.



"I want to know if this program is working," said Thume, who is also an RN and an assistant professor at the university where she is studying for her doctorate. Her research is being done for the country's Ministry of Health.

Yanping Li, (pictured at left), from Beijing, works for China's Center for Disease Control and Prevention, where she is an associate professor. She is designing and implementing school-based interventions to reduce the problem of childhood obesity. This is her second year as a Takemi Fellow. She received a PhD in public health and nutrition in 2008 from Wageningen University, The Netherlands.



Thume said she is thrilled to be at HSPH: "It's the greatest place to learn. You get to know about other places and other health systems and to share information with people from different parts of the world about the health of their populations and the challenges of organizing and delivering care. You learn from the experiences of people from all over the world. You get another perspective."

Li, who has worked for China's CDC for 10 years, helped start a program called "Happy Ten," which promotes 10 minutes of physical activity in schools each day. The program has been implemented in six provinces.

Li said she enjoys being at HSPH for a variety of reasons. "I enjoy the courses, seminars and discussions with colleagues," she said, adding, "I have enough time to read, learn and discuss my research ideas and the interpretation of results. I get very good feedback from my supervisor and colleagues. It is a very good chance for me to recharge."

When she finishes her postdoctoral studies, she intends to return to China to continue her work on childhood obesity prevention and to look at genetic risk factors for childhood obesity. She said she also wants to promote cooperation between the Chinese CDC and HSPH.

<http://www.hsph.harvard.edu/now/01152010/takem-fellows.html>

Anexo 3



*Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Setor Bancário Norte, Quadra 2, Bloco L, Lote 06
Caixa Postal 250
70040-020 – Brasília, DF
Brasil*

Ilmo(a) Sr(a)
Manoel de Souza Maia
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Campus Universitário, Cx. Postal 354 Pelotas - RS
96010900

Brasília, 10 de Maio de 2010

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **ELAINE THUMÉ** - Processo BEX: **3263/08-8**, ex-bolsista do Programa de Doutorando no Brasil com Estágio no Exterior - PDEE, vinculado(a) à vossa Instituição, concluiu as atividades e prestou as devidas contas por meio do envio dos documentos referentes ao período de permanência no exterior.

Contudo, para encerramento do processo, aguardaremos o envio, no prazo de até 60 dias após o término do doutorado, da cópia da Ata de defesa da tese ou outro comprovante de conclusão contendo timbre e assinatura.

Esclarecemos que esse documento deve ser encaminhado para a Capes, pelo(a) aluno(a), por meio do seu processo eletrônico, em:

<http://sacexterior.capes.gov.br/SACExterior/>

Informamos, ainda, que cópia desta carta foi enviada ao(a) ex-bolsista.

Atenciosamente,

MARIA LUIZA DE SANTANA LOMBAS
Coordenadora Geral de Bolsas no Exterior