

Luciana de Fátima Leite Lourenço

IDOSOS ASSISTIDOS NO DOMICÍLIO EM PROGRAMA DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Ângela Maria Alvarez

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lourenço, Luciana de Fátima Leite
IDOSOS ASSISTIDOS NO DOMICÍLIO EM PROGRAMA DO SISTEMA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR / Luciana de Fátima Leite Lourenço ;
orientador, Dr^a Ângela Maria Alvarez - Florianópolis, SC,
2014.
166 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Idosos. 3. Cuidador familiar. 4.
Capacidade funcional. 5. Assistência domiciliar. I.
Alvarez, Dr^a Ângela Maria . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

LUCIANA DE FÁTIMA LEITE LOURENÇO

**IDOSOS ASSISTIDOS NO DOMICILIO EM UM PROGRAMA DO
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de Junho de 2014, atendendo às normas da legislação
vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem**

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Angela Maria Alvarez
Presidente

Dra. Silvia Modesto Nassar
Membro (titular)

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro (titular)

Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Membro (titular)

Dedico esta dissertação à memória de meu amado pai **José Paulino Lourenço**, que sempre me incentivou a estudar e alcançar meus sonhos, por ter sido um pai tão amoroso e cuidadoso comigo. Sei que hoje continua torcendo por mim e agora intercede junto a Deus por toda sua família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, que tanto me tem socorrido nos momentos de angústia e tristeza. Obrigada pela força que me sustenta e impulsiona para concluir este trabalho.

À intercessão de **Nossa Senhora de Fátima**, minha mãezinha, que providenciou este mestrado em minha vida.

À minha linda mãezinha **Lourdes**... obrigada por todo seu carinho e amor, por me compreender e me ajudar em tantos momentos. Obrigada pelas suas orações e preocupação comigo... admiro-a muito; é o maior exemplo de esposa e mulher que eu poderia ter.

Ao meu velhinho, meu pai **José Paulino**... obrigada por ter sido o melhor pai que poderia ter tido. Nunca imaginei que você não estaria aqui para ver a conclusão deste trabalho; sinto sobremaneira sua falta. Obrigada por ter sido tão amoroso comigo, por me falar tantas vezes que me amava. Obrigada por me haver dado a honra de ser sua filha... sua preta... sua bugrinha... sua princesa... Como o amo!

Ao meu lindo esposo, **Rodrigo**... amor da minha vida, por quem me apaixonei ao primeiro olhar. Obrigada pela paciência e dedicação neste tempo tão difícil que vivemos; sem você não teria conseguido chegar aonde cheguei... Amo você.

À minha família, meus irmãos **Eliton e Marcos**, que mesmo distante sempre serão parte fundamental de minha vida.

À família que ganhei de meu esposo, especialmente meus sogros, **Terezinha e Anselmo**... obrigada pela orações e intercessões, pela torcida de vocês.

Aos amigos **Newton Ferreira de Paula Júnior e Rutes Terres Danczuk**... obrigada pelo carinho, companheirismo e apoios nestes anos. Conhecer vocês foi um presente de Deus.

Às lindas amigas **Rafaela Valcarenghi e Priscilla Romanoski**... obrigada pela impagável ajuda que me deram, não tenho como agradecer, sem vocês não teria conseguido terminar a coleta de dados.

Aos amigos **Aline e Alison**... acredito na providência de tê-los novamente tão perto. Amigos de oração de muitos anos e hoje também

amigos de casa, de bar, de filme e desabafos... obrigada pelo carinho de sempre.

Aos muitos amigos que fiz na **Unimed Grande Florianópolis**... obrigada a todos que de alguma forma me ajudaram na construção deste trabalho.

A todos os integrantes do grupo de pesquisa GESPI, por serem tão especiais e acolhedores. Especialmente a querida Prof^a **Silvia Maria Azevedo dos Santos**, que contribuiu com suas sugestões para este trabalho... obrigada pelo seu carinho de sempre comigo.

Aos membros que compuseram a banca examinadora, pelo aceite do convite e disponibilidade em colaborar com este trabalho. Em especial, agradeço a **Prof^a Silvia Nassar**, sempre tão solícita comigo.

À minha querida orientadora **Ângela Maria Alvarez**, por todos os ensinamentos que pude receber nestes anos. Obrigada pela compreensão, apoio e acolhida no momento mais difícil de minha vida. Obrigada pela paciência nas orientações e por acreditar que seria possível alcançar os objetivos deste trabalho.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite. **Idosos assistidos no domicílio em programa do sistema de saúde suplementar**. 2014. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ângela Maria Alvarez

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde

RESUMO

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizado com idosos assistidos por um programa de atendimento domiciliar da saúde suplementar, na cidade de Florianópolis (SC). Teve como objetivo identificar as condições de saúde, necessidade de cuidado e funcionalidade familiar dos idosos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2013, através de visita domiciliar, sendo incluídos 92 idosos e 30 cuidadores familiares como sujeitos da pesquisa. Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos que possibilitaram caracterizar e identificar as condições de saúde dos idosos, bem como sua avaliação cognitiva através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), avaliação da dependência funcional pelo instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF) e avaliação do nível de fragilidade. Para avaliar o cuidador familiar, utilizou-se também a escala de APGAR para determinar a funcionalidade familiar e a escala de Zarit para verificar a sobrecarga do cuidador familiar. Nos resultados predominaram idosos acima de 80 anos, com média de idade de 83,2 anos, maioria viúvas e residindo com esposo (a) e/ou filhos (as). A capacidade funcional avaliada através da escala de MIF identificou que apenas 17% apresentaram independência, enquanto 35% apresentaram dependência moderada (assistência de até 50%) e 32% eram totalmente dependentes, representando elevado nível de dependência dos idosos em assistência domiciliar. Na avaliação da relação entre capacidade funcional e idade, não foi encontrada significância estatística. Em relação ao arranjo domiciliar, 79,4% dos idosos reside com algum membro de sua família, principalmente com esposo (a) e filhos (as). Uma parcela dessa população, cerca de 20%, não reside com familiares, mas com cuidadores e ou empregados. No que diz respeito às necessidades de cuidados de forma geral, foram encontrados 50% dos idosos na condição de acamados no leito, 58,6% realizam banho de chuveiro com

cadeira, 71,7% necessitam de troca de fraldas, 64,1% se alimentam por via oral com auxílio e 31,5% têm gastrostomia para alimentação e medicação. Foram encontradas as seguintes patologias na população estudada: Hipertensão Arterial Sistêmica (76,1%), Diabetes Mellitus (35,9%), Alzheimer (34,8%), Acidente Vascular Cerebral (33,7%) e Cardiopatias (32,6%). Avaliando-se o número de patologias e de medicamentos, por idosos, observou-se que 43 % apresentam de 4 a 6 patologias e 47,8% utilizam de 4 a 6 medicamentos. Na cognição mental, 54% apresentam perda de cognição severa e 22% têm cognição normal. Em relação à presença de cuidadores, 35,9% têm cuidadores formais, sendo 32,5% (n=30) cuidadores familiares, majoritariamente mulheres, com média de idade de 56,1 (dp=15,3). Quanto às condições de saúde dos cuidadores familiares, 80% apresentam patologias prévias, sendo a hipertensão arterial (41,9%) e depressão (25,8%) as de maior incidência. O uso de medicamentos contínuo acompanha as patologias dominantes; 38,7% utilizam anti-hipertensivos e 35,5% antidepressivos. Na avaliação da funcionalidade familiar e da sobrecarga do cuidador, identificou-se que 51,6% apresentam boa funcionalidade e 45,2% dos cuidadores estão com sobrecarga de moderada a severa. A predominância de idosos com mais de 80 anos é compatível com as projeções populacionais, que indicam aumento da população dos idosos longevos, oportunizando a prevalência das doenças crônicas por mais anos. Constatou-se que a população estudada apresenta elevado nível de necessidade de cuidado, de diferentes aspectos, exigindo auxílio de cuidador. O papel da família permanece fortemente relacionado ao cuidador domiciliar, embora se tenha observado que a maioria era cuidada por cuidadores não familiares, levando a reflexão para as transformações estruturais que as famílias estão sofrendo. A modalidade domiciliar se mostra importante ferramenta para a desospitalização e preservação do idoso por mais tempo no âmbito domiciliar. Entretanto, é necessário investir em modelos assistenciais que visem à promoção da vida dos idosos e não somente manter e acompanhar suas condições de vida e saúde.

Palavra-Chave: Idosos. Assistência domiciliar. Cuidador familiar. Capacidade funcional. Cuidado.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite. **Assisted elderly at home in a program of supplemental health system.** 2014. 166p. Dissertation (Masters Degree in Nursing) Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, 2014.

Advisor: Prof. Dr. Angela Maria Alvarez.

Research Line: Health and Nursing Care in Acute and Chronic Health Situations.

ABSTRACT

A quantitative research with an exploratory and cross-sectional approach, developed among assisted elderly of a care program of supplemental health in the city of Florianópolis (SC). Aimed at identifying the health conditions, and care needs of elderly and family functioning. The data collection was between July and September 2013 through home visits, including 92 elderly and 30 family caregivers as research subjects. For data collection, we used some instruments that allowed the characterization and identification of health conditions of the elderly, as well as the cognitive assessment through the Mini Mental State Test (MMST), the assessment of functional dependence was used through the instrument of Functional Independence Measure (FIM) and the assessment of the level of fragility. The APGAR scale was used in determining the family functioning and the Zarit scale to verify the family caregiver overload. The results showed a predominance of elderly above 80 years, with a mean age of 83.2 years being predominantly widows, elderly who resides with spouse (a) and/or children. The functional capacity assessed by the scale of MIF identified that only 17% showed independence, as 35% had moderate dependence (assistance up to 50%) and 32% were very dependent, representing a high level of dependence of elderly in home care. In the relationship between age and functional ability, there was no statistical significance. With regards the family distribution, 79.4% of the elderly lived with a family member, especially with husband (wife) and children. A portion of that population, about 20% do not live with family but with caregivers and/or employees. Regarding the care needs, in a general it was found that 50% of the elderly had a bedridden status, 58.6% took a shower with a bath chair, 71.7% require diapering, 64.1% were fed orally with help and 31.5% had a gastrostomy for feeding and/or medication. Concerning the most prevalent diseases in the study population, we identified Systemic Hypertension (76.1%), Diabetes

Mellitus (35.9%), Alzheimer's (34.8%), Cerebral Vascular Accident (33.7%) and Cardiac Diseases (32.6%). Evaluating the mental cognition was observed that 54% presented severe loss of cognition and 22% had normal cognition. Regarding the presence of caregivers 35.9% had formal caregivers. Family caregivers represented 32.5% (n=30), mainly women, with an average age of 56.1 years (sd=15.3). Considering the health of the family caregivers, 80% had previous pathologies being hypertension (41.9%) and depression (25.8%) the most prevalent. The continuous medication was present, being the antihypertensive medication (38.7%) and antidepressants (35.5%) the most common. In assessing family functioning and caregiver overload, it was identified that 51.6% had adequate functionality and 45.2% of caregivers were with moderate to severe overload. The predominance of the elderly above the mean age 80 years corroborates the population projections that indicate an increase of lived elderly population, favoring the prevalence of chronic diseases for years. It was found that the study population has a high level of need for care in different aspects, demanding attention from a caregiver. The role of family is closely related to the caregiver by non-family caregivers, leading to reflection to the structural changes that families are suffering. The household role was shown as an important tool for preserving and dehospitalizing the elderly in the home environment, but the investment in care models that aim to promote the life of the elderly and not only maintenance is required and accompaniment of their living conditions and health.

Keywords: Elderly. Home care. Family caregiver. Functional capacity. Care.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite. **Ancianos asistidos en el domicilio en un programa del sistema de salud suplementar**. 2014. 166p. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Post Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, 2014.

Orientadora: Prof. Dra. Ângela Maria Alvarez

Línea de Investigación: Cuidado en Salud y Enfermería en las Situaciones Agudas y Crónicas de Salud.

RESUMEN

Investigación cuantitativa de tipo transversal y exploratoria, realizada con ancianos asistidos por un programa de atención domiciliar de salud suplementar en la ciudad de Florianópolis (SC). Tuvo como objetivo identificar las condiciones de salud, las necesidades de cuidado y la funcionalidad familiar de ancianos. La recolección de datos aconteció entre los meses de julio a septiembre de 2013 a través de la visita domiciliar, siendo incluidos 92 ancianos y 30 cuidadores familiares como sujetos de investigación. Se utilizaron algunos instrumentos para la recolección de los datos, que posibilitaron la caracterización e identificación de las condiciones de salud de los ancianos, así como la evaluación cognitiva a través del Mini Examen del Estado Mental (MEEM), la evaluación de la dependencia funcional por el instrumento de Medida de Independencia Funcional (MIF) y evaluación del nivel de fragilidad. Se utilizó además, para la evaluación del cuidador familiar, la escala APGAR para la determinación de la funcionalidad familiar y la escala de Zarit para la verificación de la sobrecarga del cuidador familiar. Los resultados apuntaron una predominancia de ancianos de aproximadamente 80 años, con un promedio de edad de 83,2 años siendo predominantemente viudas, residiendo con esposo (a) y/o hijos (as). La capacidad funcional evaluada a través de la escala de MIF identificó que apenas el 17% presentó independencia, en cuanto el 35% presentaron dependencia moderada (asistencia de hasta 50%) y 32% eran totalmente dependientes, representando un elevado nivel de dependencia de los ancianos en la asistencia domiciliar. En la relación entre la capacidad funcional y la edad, no fue encontrada significancia estadística. Con relación a la distribución familiar, el 79,4% de los ancianos reside con algún miembro de su familia, principalmente con esposo (a), e hijos (as). Una parte de esa población, cerca del 20%, no reside con familiares, y si con cuidadores y/o empleados. En lo respecta a las

necesidades de cuidados relatos de una forma general, se encontró que 50% de los ancianos estaban en la condición de encamamiento, 58,6% realizan baño de aspersión con silla, 71,7% necesitan de cambio de pañales, 64,1% se alimentan por vía oral con auxilio y 31,5% poseen gastrostomía para la alimentación y medicación. Con relación a las patologías más predominantes en la población estudiada, se identificaron la Hipertensión Arterial Sistémica (76,1%), Diabetes Mellitus (35,9%), Alzheimer (34,8%), Accidente Vascular Cerebral (33,7%) y Cardiopatías (32,6%). Evaluando la cognición mental, se observó que el 54% se presentó con pérdida severa de cognición y 22% con cognición normal. Con relación a la presencia de cuidadores 35,9% presentaron cuidadores formales. Los cuidadores familiares representaron 32,5% (n=30), siendo estos predominante mujeres, con promedio de edad de 56,1 años (de=15,3). Considerando las condiciones de salud de los cuidadores familiares, 80% presentaron patología previas, siendo la hipertensión arterial (41,9%) y depresión (25,8%) las más predominantes. El uso de medicamentos continuo acompaña las patologías más predominantes, siendo que 38,7% utilizaban antihipertensivos y 35,5% antidepressivos. En la evaluación de la funcionalidad familiar y la sobrecarga del cuidador, se identificó que el 51,6% presentaron una adecuada funcionalidad y 45,2% de los cuidadores estuvieron con sobrecarga moderada a severa. La predominancia de los ancianos encima de la media etaria de 80 años corrobora las proyecciones poblacionales que indican un aumento de la población de ancianos longevos, favoreciendo la prevalencia de las enfermedades crónicas por más años. Se constató que la población estudiada, presenta un nivel elevado de necesidad de cuidado, de diferentes aspectos, exigiendo atención por parte de un cuidador. El papel de la familia permanece fuertemente relacionado al cuidador por parte de cuidadores no familiares, llevando a la reflexión para las transformaciones estructurales que las familias están sufriendo. La modalidad domiciliar se muestra como una herramienta importante para la deshospitalización y la preservación del anciano por más tiempo en el ámbito domiciliar, sin embargo es necesaria la inversión en modelos asistenciales que visen la promoción de la vida de los ancianos y no solamente la manutención y acompañamiento de sus condiciones de vida y salud.

Palabras llave: Ancianos. Asistencia domiciliar. Cuidador familiar. Capacidad funcional. Cuidado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional e Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades de Vida Diárias
CF	Capacidade Funcional
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia de Saúde na Família
FIBRA	Fragilidade no Idoso Brasileiro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
ID	Internação Domiciliar
IMC	Índice de Massa Corporal
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEN	Programa de Enfermagem
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICA	Universidades de Campinas
USP	Universidade São Paulo
ZARIT	Avaliação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO I

Figura 1 - Distribuição dos valores da MIF total de acordo com o nível de independência funcional..... 71

MANUSCRITO II

Figura 1 - Distribuição dos valores da cognição mental dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar. 88

Figura 2 - Nível de fragilidade entre os idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar..... 89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios utilizados para classificar o nível de Dependência Funcional.....	54
Quadro 2 - Escore de avaliação do APGAR familiar	56
Quadro 3 - Escore de avaliação de sobrecarga do cuidador familiar. .	57

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO I

Tabela 1 - Caracterização dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.....	67
Tabela 2 - Necessidades de cuidado dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por gênero.....	69
Tabela 3 - Necessidade de cuidados dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.....	70

MANUSCRITO II

Tabela 1 - Doenças dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária	85
Tabela 2 - Medicamentos dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.....	86
Tabela 3 - Número de doenças dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.....	87
Tabela 4 - Número de medicamentos usados pelos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.....	87

MANUSCRITO III

Tabela 1 - Identificação de cuidadores dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.....	104
Tabela 2 - Caracterização dos cuidadores familiares dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.	105
Tabela 3 - Doenças prévias dos cuidadores familiares.....	106

Tabela 4- Medicamentos de uso contínuo dos cuidados familiares ...	106
Tabela 5 - Funcionalidade familiar, na perspectiva dos cuidadores familiares	107
Tabela 6 - Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar.....	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
2	OBJETIVO GERAL.....	31
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
3.1	O ENVELHECIMENTO NO BRASIL	33
3.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE: FRAGILIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	35
3.3	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	43
3.4	A DINÂMICA DA FAMÍLIA CUIDADORA	46
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	51
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2	LOCAL DE PESQUISA	51
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	51
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	52
4.6	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	53
4.7	COLETA DE DADOS	57
4.7.1	Etapa Pré-campo.....	57
4.7.2	Etapa coleta de dados.....	57
4.8	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	57
4.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	58
5	RESULTADOS	59
5.1	MANUSCRITO 01: NECESSIDADES DE CUIDADO A IDOSO NO DOMICÍLIO.....	61
5.2	MANUSCRITO 02: CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO NO DOMICÍLIO.....	79
5.3	MANUSCRITO 03: SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR, NO ÂMBITO DOMICILIAR	99

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
	REFERÊNCIA	119

1 INTRODUÇÃO

Há muitas décadas, o envelhecimento populacional tem sido alvo de estudos de diversas áreas do conhecimento e foco para o desenvolvimento e prática de políticas públicas no âmbito mundial. Tal interesse é compreensível, pois esse processo está repercutindo na sociedade, na economia, na saúde, nas relações das famílias e nas comunidades.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), a transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que vem ocorrendo, em relação a outros países. Essas transformações começaram a se evidenciar no final da primeira metade do século passado, quando se verifica consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade, mantendo ainda níveis de natalidade elevados, que já na segunda metade foram superados com acentuada diminuição do número de filhos por mulheres em idade reprodutiva. Acompanhando esse fenômeno, a expectativa de vida das pessoas continuou a aumentar em decorrência das melhorias nas condições de vida e saúde da população em geral (BRASIL, 2012).

Uma das consequências do envelhecimento da população é o aumento da carga de doenças, especialmente de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), problema de saúde de ampla magnitude na população brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), as DCNTs correspondem a 72% das causas de morte, e mesmo havendo redução significativa nas taxas de doenças dos sistemas cardiovascular e respiratório nos últimos anos, essas ainda são responsáveis pela causa de morte de grande parcela da população, especialmente os mais idosos (BRASIL, 2011).

Embora o processo de envelhecimento natural não esteja necessariamente relacionado à presença das doenças crônicas, percebe-se que tais condições podem contribuir com o desenvolvimento da incapacidade funcional e, conseqüentemente, nas atividades cotidianas (DIOGO; DUARTE, 2006; ALVES *et al.*, 2008). Assim, a perspectiva é de que as pessoas que estão vivendo mais apresentem associação de condições crônicas que inevitavelmente evoluem para complicações, comprometendo ainda mais a sua independência (ALVES *et al.*, 2008).

O processo incapacitante diz respeito à evolução de uma condição crônica, envolvendo fatores de risco demográficos, sociais,

psicológicos e ambientais, estilo de vida, comportamento, características biológicas dos indivíduos e suporte para o cuidado (BRASIL, 2006).

Na prática geriátrica, utiliza-se com grande frequência o método de avaliação funcional, que determina não somente o comprometimento funcional do idoso, mas também a sua necessidade de cuidado formal e informal, tendo como base a capacidade de execução das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (CALDAS, 2003; BRASIL, 2006).

A incapacidade é desfecho ou fator contribuinte para o desenvolvimento da fragilidade no idoso. Não são sinônimos, mas apresentam características em comum. Ambos são bastante prevalentes na população mais idosa, apresentam natureza multifatorial, compartilham fatores de risco e são desencadeados por mecanismos fisiológicos (HEKAN, 2006; TOPINKOVÁ, 2008). Esse fato pode ser constatado em estudo realizado por Fhonet *al.* (2012), sobre a síndrome da fragilidade relacionada à capacidade funcional de 240 idosos, no qual se identificou que quanto mais elevados os níveis de fragilidade, idade e número de morbidades, maior será o nível de dependência dos idosos.

Atualmente, várias pesquisas vêm sendo desenvolvidas no campo da fragilidade, buscando conhecimento, definição de conceito, possibilidades de tratamento e prevenção. O grupo de pesquisa da Dra Linda Fried, nos Estados Unidos, identifica a fragilidade com base num fenótipo, utilizando objetivos mensuráveis e caracterizada pelos seguintes indicadores: declínio na massa magra, presença de fadiga, marcha lenta, baixa atividade física e perda de força física (FRIED *et al.*, 2001). No modelo proposto por Fried, a presença de três ou mais dos cinco indicadores prevê uma série de resultados adversos, incluindo quedas, incapacidade, internação hospitalar e até mesma a morte (CROME; LALLY, 2011).

Um modelo descrito por Rockwood e colaboradores propôs que o risco de se tornar frágil aumenta com determinados déficits e que estes podem decorrer de alterações fisiológicas multissistêmicas ou cognitivas, podendo incorporar a saúde mental ou psicossocial do paciente (CROME; LALLY, 2011).

Segundo Bergman (2007), é consenso entre os pesquisadores que a fragilidade aumenta a vulnerabilidade ao estresse devido à diminuição de reservas homeostáticas, aumentando, conseqüentemente, o risco de desfechos adversos à saúde.

Dessa forma, o aumento da expectativa de vida dos idosos que

vivem com uma ou mais doenças crônicas, com o risco de fragilização e comprometimento funcional, leva a exigência natural para o cuidado, que ocorrerá não somente em instituições hospitalares de saúde, mas, em sua grande parte, no domicílio.

Segundo dados de 2008, menos de 100 mil idosos viviam em instituições residenciais e/ou lares de idosos, isto é, a família era a principal instituição responsável por esse cuidado (CAMARANO; KANSO, 2010). O ambiente domiciliar é ainda a primeira opção das famílias, seja pela questão financeira, pois internação em instituição privada de longa permanência se torna muito onerosa, seja pela forte cultura de obrigação familiar da população brasileira (DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012).

A assistência domiciliar ressurgiu no país entre as modalidades assistenciais como recurso emergente tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto para o sistema de saúde suplementar, uma vez que pode reduzir de 20 a 70% os custos assistenciais que seriam realizados no âmbito hospitalar. No que se refere ao cuidado do idoso, a assistência domiciliar mostra-se como alternativa eficaz à manutenção do convívio familiar e à qualidade de vida (DIOGO; DUARTE, 2006; MARTINS *et al.*, 2008).

O cuidado domiciliar valoriza o ambiente familiar como suporte fundamental para o alcance de seus objetivos buscando considerar os costumes e valores, além das potencialidades e necessidades do idoso e da família. Entretanto, essa modalidade encontra muitos obstáculos, como questões financeiras, desgaste emocional, estresse de cuidadores e deficiente rede de suporte social e de saúde que entenda e atenda as necessidades dessa família cuidadora.

Assim, refletir a prática do cuidado no domicílio exige o reconhecimento da esfera familiar como o ponto de partida para a tomada de decisão sobre como será realizado o cuidado ao idoso fragilizado, considerando que, na grande maioria das vezes, quem de fato assume esse cuidado são os membros da própria família.

Para assumir o cuidado, a família necessita de habilidades pessoais, materiais e instrumentais, as quais nem sempre estão disponíveis. Na análise dos cuidados aos idosos frágeis, Duarte *et al.* (2010) identificaram maior proporção em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar, o que, sem dúvida, compromete sua capacidade assistencial.

Historicamente, o papel do cuidado no contexto familiar está

relacionado à figura feminina; entretanto, com as transformações sociais e econômicas das últimas décadas, esse papel deve ser negociado e reestruturado (BRASIL, 2006).

Assim, observa-se que o cuidado é ato intrínseco ao convívio familiar, estudado por vários autores sob diferentes perspectivas. Segundo Elsen (2004), nos estudos sobre famílias alguns pontos são comuns na literatura, entre os quais aqui se destaca a família como provedora natural de cuidados a seus membros doentes, auxiliando no tratamento, participando na hospitalização e na reabilitação; buscando por alternativas de tratamento popular e profissional e ainda, em caso de pacientes terminais, decidindo sobre sua hospitalização ou permanência no domicílio. De acordo com a mesma autora, o cuidado familiar acontece durante a convivência e interação entre seus membros, individualmente ou em grupos, num processo de ação e reflexão que resulta na construção de um significado daquela situação, que poderá gerar novas ações e reflexões que fazem parte do seu desenvolvimento (ELSEN, 2004).

Alguns autores consideram ainda que a família deve ser envolvida no processo de cuidar em todas as necessidades de seu familiar, entendendo que é ela quem permanecerá assumindo grande parcela do cuidado do membro doente (MARCON *et al.*, 2004).

Apesar dessa importante perspectiva global do cuidado familiar, quando um membro adoece e necessita de cuidados diferenciados no domicílio, algum membro dessa família poderá tornar-se efetivamente o seu cuidador. Nesse sentido, estudo realizado por Vieira *et al.* (2011) identificou que o grau de dependência do idoso se reflete diretamente na família, e tal situação irá determinar a necessidade de um cuidador que se disponha a auxiliá-lo, mesmo em diferentes níveis de exigências. E dependendo da dinâmica familiar e da capacidade da família para apoiar o cuidador, essa condição pode gerar muitas dificuldades de ordem emocional, física, econômica e social, exigindo assistência e apoio de profissionais de saúde na família.

Para os profissionais de saúde, assistir uma pessoa idosa no domicílio é desafio que exige a elaboração de plano de cuidados com integral atenção, valorizando o trabalho em equipe, responsabilidade do serviço de saúde, da família e da pessoa cuidada (PORTELLA; CELICH, 2012).

O Sistema de Saúde Suplementar tem-se destacado nesse campo, especializando seus serviços para atender uma demanda

crescente, especialmente após a inclusão da internação domiciliar no rol de procedimentos de cobertura obrigatória. Importante faceta desses programas diz respeito à formação de pessoas capacitadas e qualificadas para tal atendimento, tanto de familiares como de outros cuidadores (MINCHILLO, 2012).

Atualmente a saúde suplementar se preocupa com essa parcela da população, uma vez que também vivencia um processo de envelhecimento de seus beneficiários, pois 11,2% da população tem plano de saúde, contra 10% da população total.

Leite (2011) cita alguns fatores que considera responsáveis pela maior adesão de idosos a planos de saúde individuais:

[...] seleção adversa, pois os idosos têm maior probabilidade de aderir ao plano por perceberem que o seu risco de utilizar recursos de saúde é maior com o avançar da idade; a legislação, que obriga as operadoras a aceitarem beneficiários com doenças e lesões pré-existentes; a transição demográfica, com o natural envelhecimento populacional.

Dessa forma, a saúde suplementar também necessita reestruturar-se para atender esse importante contingente de beneficiários. A Agenda Regulatória (2011-2012) estabeleceu a saúde dos idosos como um dos eixos estratégicos para a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), propondo um modelo que atenda idosos em todas as suas necessidades, incluindo a assistência domiciliar (BRASIL, 2012).

A inquietação que me moveu a realizar este trabalho originou-se da minha realidade como enfermeira assistencial de um pronto atendimento da saúde suplementar. Na minha vivência pude observar que a grande maioria dos pacientes que necessitavam de atendimento emergencial e/ou intensivos eram idosos provenientes de seus domicílios. Geralmente estavam acompanhados pelo seu cuidador familiar ou ocupacional, e uma grande parcela também fazia parte do programa de assistência domiciliar da mesma instituição.

Na admissão no pronto atendimento, geralmente esses idosos estavam fragilizados e dependentes, necessitando de cuidados constantes para manter suas atividades, apesar de receberem assistência no seu domicílio. Por isso o questionamento para a pesquisa nasceu da reflexão sobre as condições de saúde e das necessidades de cuidado dos idosos no domicílio. Compreende-se que conhecer a necessidade que envolve as condições de fragilização e de cuidado é de suma

importância para implantar cuidados específicos às suas necessidades e para caracterizar a atenção domiciliar em nosso meio.

Diante do exposto, a questão que norteia este estudo é: quais as condições de saúde, as necessidades de cuidado e a funcionalidade familiar dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar em programa domiciliar?

2 OBJETIVO GERAL

Identificar as necessidades de cuidado, as condições de saúde e a funcionalidade familiar dos idosos assistidos por programa de atendimento domiciliar do sistema de saúde suplementar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as necessidades de cuidados domiciliares dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar.

Caracterizar as condições de saúde dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar no âmbito domiciliar.

Avaliar a funcionalidade familiar dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar no âmbito domiciliar.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão discutidos aspectos do processo de envelhecimento, funcionalidade e fragilidade. Também será abordada a evolução da assistência domiciliar no Brasil e os fatores relacionados a essa modalidade, além de levantar alguns estudos sobre a família inserida na assistência domiciliar.

3.1 O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O rápido crescimento da população acima de 60 anos de idade não é fenômeno exclusivo no Brasil, mas realidade mundial, que tem despertado o crescente interesse dos governos por seu impacto social e econômico.

A consolidação do envelhecimento no país é evidente e se confirma pelas pesquisas populacionais realizadas ao longo dos anos. Nas últimas décadas a população idosa aumentou de 1,7 milhão em 1940 para 23,5 milhões em 2011, com uma característica muito heterogênea, visto o intervalo etário que se estende dos 60 aos 100 anos ou mais (BRASIL, 2012).

No Brasil, a maioria dos idosos – 55,12% - encontra-se na faixa mais jovem, aqueles entre 60 e 69 anos. No entanto, o subgrupo dos idosos de 80 anos ou mais tende a aumentar significativamente nas próximas décadas, e hoje já representa 14,25% dos idosos brasileiros, significando grande preocupação com as possibilidades de demanda de cuidados prolongados e redução da oferta de cuidadores familiares (CAMARANO, 2010; IBGE, 2010).

Considerando o caráter social e econômico do envelhecimento, é fundamental o planejamento de políticas com o objetivo da distribuição igualitária de renda e com o intuito de manter a pessoa idosa economicamente ativa, de forma a promover sua capacidade funcional, exercendo suas atividades laborais por mais tempo possível, contribuindo para a renda familiar e a economia nacional e mantendo-a integrada à sociedade (CAMARANO; PASINATO, 2008).

As políticas com foco na saúde do idoso acompanham a perspectiva mundial de Promoção da Saúde, que permeia a busca pela mudança no paradigma biomédico, apresentando concepção holística, multideterminada, processual e ligada a direitos básicos do cidadão (WESTPHAL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou no final da década de 1990 o termo envelhecimento ativo para englobar as políticas que promovam modos de viver mais saudável e seguro, envolvendo tanto a saúde mental, como as relações sociais (OMS, 2005; BRASIL, 2006). Dentre os programas apontados pela OMS como fundamentais para alcançar o envelhecimento ativo, destacam-se: controle do tabagismo; assistência à saúde mental; incentivo à atividade física; saúde bucal; alimentação saudável; controle do alcoolismo; diminuição de iatrogenias; distribuição controlada de medicamentos e incentivo à adesão ao tratamento (BRASIL, 2005).

No Brasil, articulado pelo Ministério da Saúde em 2005, o Pacto pela Vida estabelece a Saúde do Idoso como uma de suas prioridades, devendo ser promovida por todas as esferas do governo. Suas diretrizes estão em consonância com as metas do envelhecimento ativo proposto pela OMS, fortalecendo medidas de promoção da saúde e divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

A PNSPI define que a atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deverá ser a porta de entrada dessa população para atender suas necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006). Dessa forma, a política se mostra articulada com os princípios de promoção da saúde, que visa promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde (BRASIL, 2006).

A PNSPI estabelece ainda dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

As políticas públicas de saúde do idoso, com enfoque na promoção da saúde, buscam manter a funcionalidade por maior tempo possível, com o objetivo de manter o idoso livre de incapacidades, valorizar sua autonomia e com tratamento adequado às suas necessidades de saúde (VERAS, 2006).

Reconhecer as políticas que se relacionam à saúde do idoso e as características demográficas dessa população é o primeiro passo para planejar as estratégias voltadas para a Promoção da Saúde. Uma avaliação individual e global deve considerar os aspectos naturais do envelhecimento, mas também deve alertar para sinais que indiquem

agravamento e/ou piora das condições de saúde, muitas vezes passíveis de recuperação e prevenção, como preconiza a PNSPI.

3.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE: FRAGILIDADE E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

O processo natural de envelhecimento não pode ser considerado por si próprio como doença; entretanto, a velhice pode acarretar síndromes ou agravos, impondo desafios para a manutenção da saúde e a qualidade de vida (SILVA, 2010; ALVAREZ et al., 2012).

O envelhecimento é marcado por mudanças biopsicossociais, decorrentes de alterações nos mecanismos homeostáticos, diminuindo a capacidade de reserva, defesa e adaptação, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças (BRASIL, 2006; VIEIRA, 2004). Na velhice, todas as pessoas guardam características comuns entre si decorrentes das alterações celulares esperadas; porém, o estilo de vida e as exposições ao longo da existência irão influenciar individualmente esse processo (ELIOPOULOS, 2011).

Identificar as principais alterações do sistema orgânico relacionadas à idade é extremamente relevante para identificar as necessidades de cuidados e intervenções. Assim, destacam-se aqui algumas das principais modificações orgânicas que podem ocorrer na velhice, desencadeando as maiores demandas na atenção à saúde do idoso.

Alterações Cardiovasculares: as doenças cardiovasculares são responsáveis por alto índice de mortalidade da população em geral. Na pessoa idosa, relaciona-se principalmente ao espessamento das válvulas e à diminuição da elasticidade do músculo cardíaco e das artérias, repercutindo na redução do débito cardíaco (ELIOPOULOS, 2011). O aumento da espessura do ventrículo esquerdo, alterando o padrão de abastecimento ventricular, modificará especialmente o desempenho cardíaco durante situações de resposta ao esforço (AFFIUNE, 2006). Essas alterações podem provocar o aumento progressivo da pressão sistólica, contribuindo para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nessa população, agravando as condições de cronicidade já existente (BRANDÃO et al., 2006).

Alterações Respiratórias: ocorrem reduções na capacidade ventilatória e na função pulmonar em até 20% e alterações anatômicas, como, por exemplo, o aumento do diâmetro antero-posterior do tórax e o

aumento da curvatura convexa da coluna. Vários fatores ao longo da vida podem contribuir para a piora da função pulmonar, como tabagismo, poluição, doenças pregressas, fatores genéticos e condições socioeconômicas e raciais (GORZONI; RUSSO, 2006; ELIOPOULOS, 2011).

As doenças respiratórias com maior incidência nos idosos são a Pneumonia e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), representando no país a terceira causa de morte entre os idosos e a segunda maior causa de internações hospitalares (BRASIL, 2011).

Alterações Musculoesqueléticas: a osteoporose, causada pela diminuição da massa óssea, é frequentemente encontrada em idosos, elevando o risco de fraturas, especialmente no quadril, ossos do braço, antebraço e coluna, e aumentando o risco de comprometimento funcional (VIEIRA, 2004; ELIOPOULOS, 2011).

Alterações Geniturinárias: a incontinência urinária é encontrada em cerca de 30% dos idosos não institucionalizados, podendo ser causada pela redução da pressão máxima de fechamento uretral em mulheres e pelo aumento da próstata nos homens (BRASIL, 2006; MACIEL, 2006). A incontinência urinária pode predispor a infecções, lesões cutâneas, constrangimento e isolamento social (MACIEL, 2006).

Alterações Gastrointestinais: o envelhecimento pode provocar a diminuição da peristalse no esôfago, com esvaziamento lento do estômago, provocando a sensação de plenitude e indigestão. A constipação também é uma queixa comum no idoso, estando diretamente relacionada à diminuição da mobilidade física (ELIOPOULOS, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) considerando as peculiaridades dos idosos, para avaliar os riscos aumentados de desnutrição dessa população (BRASIL, 2006).

Alterações do Sistema Nervoso: a Demência é uma das principais doenças do sistema nervoso que afetam os idosos de forma a evoluir progressivamente, causando impacto físico, emocional, social e familiar. É caracterizada por uma síndrome decorrente de disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva (BRASIL, 2006). As principais consequências são os déficits cognitivos, como a perda de memória, dificuldade no aprendizado de coisas novas, dificuldade para julgar, interpretar, raciocinar e formar conceitos (VIEIRA, 2004). Nos

casos de irreversibilidade, a doença tem grande impacto na família e nos cuidadores.

Observando tais características do envelhecimento, a avaliação da saúde do idoso com ênfase na funcionalidade pode ser importante indicativo para sugerir a presença de doenças ou alterações não diagnosticadas, indicando medidas precoces de tratamento ou prevenção (BRASIL, 2006).

A funcionalidade foi definida pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como:

[...] termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando aspectos positivos da interação entre um indivíduo e seus fatores ambientais e relações pessoais. Assim também, define a incapacidade como um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação, indicando os aspectos negativos desta relação (OMS, 2004).

No campo geriátrico, avalia-se a funcionalidade por meio de instrumentos sobre as atividades cotidianas ou diárias, identificando as limitações e as necessidades de auxílio do idoso (BRASIL, 2006). Essa avaliação tem-se mostrado eficaz, especialmente para o levantamento das necessidades de cuidados, enfatizando o planejamento com base no grau de dependência apresentado (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

A avaliação das Atividades de Vida Diárias (AVDs) foi criada por Katz em 1963, com o objetivo de identificar a capacidade de desempenhar as atividades cotidianas de forma independente. A avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) foi proposta por Lawton em 1969, envolvendo atividades mais complexas, considerando a capacidade de levar uma vida independente dentro de sua realidade (BRASIL, 2006).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais, tendo como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros. A escala, traduzida e adaptada para o país, verifica o desempenho da pessoa idosa para realizar um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social (RIBERTO *et al.*, 2004; BRASIL, 2006)

Algumas pesquisas demonstram que a dependência irá gerar uma necessidade de auxílio de outras pessoas, necessidade essa que será determinada pelo nível de incapacidade funcional do idoso (THOBER;

CREUTZBERG; VIEGAS, 2005). Idosos com incapacidade para as atividades instrumentais da vida diária mostraram também forte associação com o recebimento de cuidado domiciliar (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2010).

Estudo para determinar o grau de dependência entre 108 idosos em contexto familiar, utilizando instrumento para avaliar capacidade de realização de atividades diárias, identificou que quanto maior a idade maior o grau de dependência, sendo mais prevalente em mulheres, demandando uma grande carga de cuidados (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Dados semelhantes já haviam sido encontrados em estudo longitudinal no município de São Paulo pelo projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), demonstrando que os idosos mais velhos apresentaram maiores níveis de comprometimento funcional, sendo mais presente em mulheres e com maiores limitações para realizar as atividades relacionadas ao cuidado pessoal, necessitando de auxílio de outras pessoas (DUARTE *et al.*, 2010).

Alguns estudos já foram realizados, com o intuito de identificar o grau de dependência dos idosos e suas principais necessidades de cuidados. Entretanto, a avaliação dessa dependência e de alterações que ocorrem no seu comportamento deveria ser realizada de forma sistemática pelo seu cuidador, para que possíveis complicações sejam detectadas precocemente.

O termo fragilidade está intimamente associado aos fatores relacionados ao envelhecimento e à condição de cronicidade característico do processo de saúde/doença da pessoa idosa. Várias pesquisas no campo geriátrico já foram realizadas sobre o tema; entretanto, não existe ainda uma definição consensual sobre o termo, o que, segundo Friedet *al.* (2001), pode incorrer como fator negativo nas estratégias de intervenção e promoção da saúde dos idosos frágeis (TEIXEIRA; NERI, 2006; BRASIL, 2006).

Atualmente, tem-se utilizado o conceito de frágil para o idoso que apresenta diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, resultando em declínios cumulativos de múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos (HEKAN, 2006).

Artigo apresentado por Bergman (2007), resultante da discussão de cientistas de 13 países diferentes participantes da Segunda Reunião de Trabalho Internacional sobre fragilidade e envelhecimento, realizada

na cidade de Montreal em 2006, apontou para a convergência de pontos em comum e estabeleceu mecanismos de colaboração entre as pesquisas. Assim, há concordância entre os pesquisadores de que a fragilidade aumenta a vulnerabilidade ao estresse devido à diminuição de reservas homeostáticas, levando ao aumento do risco de desfechos adversos à saúde.

O expressivo aumento das pesquisas nessa área tem contribuído na tentativa de alcançar um conceito adequado de fragilidade. Estudo realizado por Teixeira (2008) nas bases de dados científicos sobre definições de fragilidade demonstrou grande produção em países como Estados Unidos, Canadá, Holanda, Itália e Suíça, enquanto no Brasil encontra-se ainda uma lacuna importante sobre tal problemática. O mesmo estudo identificou ainda que até 1980 havia apenas um artigo indexado na base Medline sobre definições de fragilidade em idosos, mas em dezembro de 2007 já estavam catalogados 3.585 artigos sobre o tema (TEIXEIRA, 2008).

Importante estudo de Hogan *et al.* (2003) traz uma perspectiva histórica sobre a utilização dos termos fragilidade e frágil na literatura internacional, indicando que eles raramente foram utilizados antes de 1980. A introdução da expressão idoso frágil foi utilizada por Charles F. Fahey ainda na década de 70, para descrever determinado segmento da população idosa; posteriormente, o mesmo pesquisador liderou um grupo de trabalhos sobre o mesmo tema, caracterizando o idoso frágil como o indivíduo que apresentasse debilidades físicas, prejuízo emocional, deficiências nutricionais, bem como expostos a ambientes físicos e sociais debilitantes (HOGAN *et al.*, 2003).

A partir da década de 80 a definição de fragilidade se mostra relacionada à capacidade funcional, descrita por expressões como: incapacidade decorrente de patologias crônicas, comorbidades, idosos institucionalizados, idade avançada e condições pré-óbito (TEIXEIRA; NÉRI, 2006). Entretanto, estudos posteriores demonstraram que nem sempre há relação entre incapacidade e fragilidade.

Na década de 90, Campbell e Buchner (1997) destacaram a importância de diferenciar os conceitos de deficiência e fragilidade, sendo esta última definida pelos autores como condição ou síndrome que resulta na redução da capacidade de reservas fisiológicas.

Ainda nesse período, os estudos convergiram para a mudança no conceito sobre ser frágil para tornar-se frágil, baseado nas condições que nem todas as pessoas que apresentam limitações para realizar suas

atividades seriam frágeis, e que nem todas as pessoas frágeis apresentam limitação na sua vida diária; e tais condições podem ser prevenidas (TEIXEIRA; NERI, 2006).

Na busca pela validação desse fenótipo, numa pesquisa em que foram investigadas 5.317 pessoas com 65 anos ou mais, identificou-se a fragilidade como síndrome clínica, na qual três ou mais dos seguintes critérios estavam presentes: perda de peso não intencional, autorrelato de exaustão, fraqueza, diminuição na velocidade de caminhada e baixa atividade física (FRIED *et al.*, 2001). Constatou-se também que a prevalência da fragilidade foi de 6,9% nessa população, com aumento em relação aos mais idosos, predominado em mulheres, nos mais pobres e com menor escolaridade (FRIED *et al.*, 2001).

Segundo esse referencial, o Ministério da Saúde do Brasil classifica fragilidade nos idosos em: frágil – com três ou mais dessas características (perda de peso não intencional, autorrelato de exaustão, fraqueza, diminuição na velocidade de caminhada e baixa atividade física); pré-frágil – com uma ou duas características; e não frágil – ausência das características citadas (BRASIL, 2006).

Outro grupo de pesquisadores do Canadá, Canadian Initiative on Frailty and Aging, difere do grupo dos Estados Unidos quanto à inclusão de uma medida de função cognitiva nos critérios para a fragilidade, classificando as definições em quatro categorias, com base na fisiologia, no pressuposto de uma síndrome complexa, base em um modelo de equilíbrio, associado a elementos sociais, e, por fim, com base no pressuposto de uma síndrome geriátrica, incluindo quedas e o delírio (TEIXEIRA; NERI, 2006). Rockwood, Hogan, MacKnight (2000) defenderam a necessidade de medição da fragilidade e a relação entre envelhecimento, fragilidade e incapacidade, apoiada em suas características multidimensionais, reconhecendo a relação entre fatores biomédicos e psicossociais.

A iniciativa do grupo canadense é para melhorar a compreensão das causas, consequências e trajetória da fragilidade, divulgando informações sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento, além da organização dos serviços de saúde. Após uma revisão sistemática sobre o tema, o grupo considerou que fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que interagem na vida de uma pessoa podem ser determinantes para o desenvolvimento da fragilidade na velhice (BERGMAN *et al.*, 2004).

Um grupo de estudo da Universidade de Alberta, na cidade de

Edmonton, no Canadá, propôs a validação da Edmonton FrailScale, um instrumento que se tem mostrado confiável, viável e de fácil aplicação para a avaliação diária da fragilidade (ROLFSON *et al.*, 2006). Outra escala também recentemente validada e adaptada culturalmente no Brasil, em estudo realizado por Fabrício-Wehbe (2012), avalia a fragilidade através de nove domínios, representados por 11 itens: Cognição (teste do relógio); Estado geral da saúde; Independência funcional; Suporte Social; Uso de medicamentos; Nutrição; Humor; Continência e Desempenho Funcional. Essa escala incorpora aspectos de cognição, humor e suporte social, pontos essenciais na determinação da fragilidade (ROLFSON *et al.*, 2006).

No Brasil, destacam-se os estudos realizados pela rede Fragilidade no Idoso Brasileiro (FIBRA), objetivando caracterizar o perfil de fragilidade da população, que conta com a participação da Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade São Paulo – Ribeirão Preto (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (ARGENTA, 2012). A rede investiga variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionais e o fenótipo de fragilidade através do modelo proposto por Friedet *al.* (2001).

O projeto SABE, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe – entre elas, o Município de São Paulo – também contribui para caracterizar fenótipos da fragilidade, relacionado às demais condições do envelhecimento (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; GOBBO *et al.*, 2012).

O modelo proposto por Friedet *al.* (2001) vem sendo utilizado por várias pesquisas brasileiras, que corroboram para a validação dos componentes do fenótipo estabelecido pelo grupo de estudo americano. Nessas pesquisas, observou-se maior significância de fragilidade entre idosos com 75 anos ou mais, maior frequência de mulheres frágeis e maiores proporções de condições de pré-fragilidades (MIGUEL *et al.*, 2012; MORRETO *et al.*, 2012; CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011; REMOR; BÓS; WERLANG, 2011).

Estudo sobre a relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros encontrou 9,14% de frágeis e 51,58% de pré-frágeis, sendo significativamente maior entre os de 75 anos e mais. Nesse grupo a fragilidade associou-se com a adiposidade abdominal elevada e com

índice de massa corpórea menor nos mais frágeis (MORRETO *et al.*, 2012). Em outro estudo realizado com 100 idosos participantes de um ambulatório de geriatria, com o objetivo de identificar a presença da fragilidade relacionando-a com os hábitos de vida e as características sociodemográficas, predominaram a perda de peso não intencional, a inatividade e capacidade funcional diminuída nos idosos frágeis, enquanto no grupo dos idosos pré-frágeis, identificou-se maior frequência de osteopenia e fadiga autorreferida (REMOR; BÓS; WERLANG, 2011).

Entretanto, pesquisa realizada por Carmo, Drummond e Arantes (2011), sobre a relação entre fragilidade, incapacidade e quedas entre 64 idosos, apresentou resultados diferentes, obtendo apenas 6,3% da amostra com perda de peso não intencional, com percentagem maior nos critérios de diminuição da força e da velocidade da marcha.

Nos estudos de correlação entre a fragilidade com a presença de doenças pré-diagnosticadas observa-se piora na condição clínica e aumento de fatores de riscos para eventos adversos. Em estudo sobre a síndrome da fragilidade no idoso com osteoartrite, Miguel *et al.* (2012) observaram elevada prevalência de idosos frágeis em comparação com outros grupos, maior uso de medicamentos, maior índice de obesidade e depressão, piorautoeficácia para quedas e pior função física.

Para Silva, Souza e D'Elboux (2011), que estudaram a relação entre incontinência urinária e critérios de fragilidade, também há significância estatística entre elas: os idosos que apresentaram lentidão e exaustão têm risco quase cinco vezes maior de apresentar infecção urinária do que os idosos sem fragilidade. Utilizando a Edmonton FrailScale para correlacionar a capacidade funcional e a síndrome da fragilidade, Fhonet *al.* (2011) observaram, no seu estudo, maior proporção de mulheres frágeis, com média de idade de 73,5 anos, das quais 36,3% não apresentaram fragilidade; 24,6% eram aparentemente vulneráveis; e 39,1% tinham diferentes níveis de fragilidade.

Constatou-se ainda, nessa correlação, que quanto maiores os níveis de fragilidade, idade e número de morbidades, maior era o nível de dependência dos idosos. Também se observou que, mesmo ainda sem haver consenso sobre a definição de fragilidade, os estudos estão convergindo para essa meta, contribuindo para a identificar essa condição do idoso, essencial para manter sua qualidade de vida.

As condições de incapacidade funcional e fragilidade não podem ser interpretadas pelos profissionais de saúde como o processo

natural do envelhecimento. A avaliação específica poderá contribuir para a adoção de medidas que preservem por mais tempo a autonomia e a independência funcional dos idosos e subsidiar o cuidado individualizado a uma parcela, que tende a crescer, que são os idosos mais idosos.

3.3 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

No Brasil, a assistência domiciliar cresceu significativamente nas últimas décadas, acompanhando as tendências mundiais, especialmente entre os serviços privados de saúde (MINCHILLO, 2012).

Esse crescimento pode ser justificado pela necessidade de racionalizar o uso dos leitos de internação hospitalar, reduzir o risco de infecção hospitalar, humanizar o atendimento, monitorar as doenças crônicas e, por fim, mas não menos importante, para reduzir custos assistenciais (DIOGO; DUARTE, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define assistência domiciliar como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, compostas por diferentes modalidades determinadas com base nas necessidades do paciente (BRASIL, 2006; DIOGO; DUARTE, 2006).

Em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) que, em sua fase de consolidação, foi denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país (BRASIL, 2010). A ESF utiliza a assistência domiciliar, especialmente através das visitas domiciliares, com o objetivo de que os profissionais de saúde compreendam a realidade local e a infraestrutura disponível na comunidade, estabeleçam vínculos e identifiquem as principais necessidades de saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A implantação da ESF foi de fato marcante na saúde pública brasileira, consolidando-se na busca pela mudança do modelo assistencial hegemônico vigente, através de propostas que valorizem a promoção, prevenção e reabilitação. Em relação à Saúde do Idoso, a implantação da ESF também foi importante, por seu objetivo de reordenar o modelo de atenção à saúde, reorganizando a prática assistencial, voltada para a população de acordo com as suas necessidades, e, nessa realidade, uma população envelhecendo

(BRASIL, 2006).

No ano de 1994, promulgada a Política Nacional do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, entre as medidas governamentais foi previsto o estímulo para a criação de programas de atendimento domiciliar (BRASIL, 2006).

Apesar do avanço impulsionado pela ESF, foi em 2002, com a inclusão de um capítulo da Lei 10.424 na Lei 8.080/1990, que se estabeleceu a Internação Domiciliar (ID) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, fossem incluídos nessa modalidade (BRASIL, 2002).

No ano de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Norma Regulatória (RDC) nº 11, que estabelece os parâmetros para a regulação técnica do funcionamento das empresas prestadoras dos serviços de atenção domiciliar, dispondo sobre algumas definições:

“Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”.

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 2.529, que institui, no âmbito do SUS, a Internação Domiciliar, que seria revogada em agosto de 2011 pela Portaria GM/MS n° 2.029. Em outubro de 2011, a Portaria GM/MS n° 2.527 revogou a anterior, redefinindo a Atenção Domiciliar (AD) e retirando o foco da Internação Domiciliar, propondo ampliar o recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar, dentre outras disposições (BRASIL, 2011).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde desenvolveu um programa denominado Melhor em Casa, que, juntamente com a Saúde da Família, é uma das vertentes da estratégia de Envelhecimento Ativo, visando ao atendimento domiciliar de pacientes com necessidade de

reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento, em situação pós-cirúrgica, entre outros. A Portaria 1.533, de 16 de julho de 2012, redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o programa Melhor em Casa, para municípios que possuíssem Serviço Móvel de Urgência (SAMU), ou serviço próprio de atendimento às urgências, hospital de referência, além de população acima de 40 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Com a necessidade de uma política atualizada para a Saúde do Idoso e em consonância com o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, regida pela Portaria 2.528, inclui o conceito de idoso frágil ou em condição de fragilidade e institui o cuidado domiciliar como recurso a ser utilizado nessas condições (BRASIL, 2006).

A assistência domiciliar envolve várias características peculiares que as diferenciam da assistência hospitalar. Entre elas, Diogo e Duarte (2006) destacam: o ser idoso, que deve ser compreendido como pessoa única, influenciado por fatores biológicos, funcionais, psicológicos, sociais e ambientais; a família, em sua composição, sua história, sua capacidade de adaptação e manutenção frente à condição de fragilidade do idoso; o contexto domiciliar, em sua disposição física e espaços criados por quem reside nesse ambiente; o cuidador, seja ele o próprio familiar ou um cuidador ocupacional contratado para responsabilizar-se pelo cuidado; a equipe interprofissional, que necessita compreender a família como unidade do cuidado e não apenas o idoso; e, por fim, a fonte pagadora, que pode ser o SUS ou a saúde privada.

Em relação à saúde suplementar, apesar do crescimento significativo nas últimas décadas, Minchilo (2012) enfatiza que é necessário assegurar um serviço responsável, com qualidade na metodologia utilizada, desde o momento de avaliação e implantação, durante a execução do plano assistencial, até a finalização do atendimento.

Em estudo sobre a atenção domiciliar na saúde suplementar, Franco e Merhy (2008) salientam que a modalidade estudada é parte de uma rede articulada, com equipes de apoio, suporte técnico, logística para o provimento de insumo, comunicação e transporte.

Silva *et al.* (2010), destacam a necessidade de mais estudos e registros sobre a sistematização da assistência domiciliar, pois geralmente essa prática de redirecionamento para o domicílio está

relacionada com redução de custos, diminuição do tempo de internação e prevenção de riscos, e se aplicam a grupos específicos com determinadas patologias.

Os programas de assistência domiciliar da saúde suplementar são regidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 11/2006 da Anvisa, e embora não seja um serviço exclusivo para a saúde do idoso, a grande maioria das pessoas incluídas estão acima de 60 anos de idade. Dessa forma, as instituições que oferecem tal modalidade assistencial devem estar integradas às orientações das políticas públicas, com foco na promoção da saúde pela busca de sua autonomia e subsidiar condições para o envelhecimento ativo e digno, considerando suas necessidades de cuidado.

Uma publicação mais recente da ANS propõe reformulação nas estratégias assistências voltadas para a saúde do idoso. O modelo com foco na promoção da saúde do idoso estabelece níveis hierárquicos que possam atender suas necessidades, desde o seu acolhimento e cadastramento no sistema, até os cuidados paliativos na fase terminal (BRASIL, 2012).

3.4 A DINÂMICA DA FAMÍLIA CUIDADORA

Os estudos sobre a temática de assistência domiciliar ao idoso geralmente focalizam o cuidado familiar, cuidadores formais e informais, fatores estressantes e a dinâmica familiar, destacando ser essa uma modalidade eficaz para manter a saúde do idoso (MARCOM *et al.*, 2006; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; VIEIRA *et al.*, 2011; STACKFLETH *et al.*, 2012; FLORIANO *et al.*, 2012).

O suporte familiar é primordial para prestar cuidados de qualidade ao membro mais velho. Todavia, prestar cuidados em casa a pessoas dependentes é uma tarefa árdua que pode acarretar consequências para o cuidador e para a família como um todo. Compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio e quais as consequências sobre a família cuidadora é essencial, pois só assim é possível implementar cuidados em que o idoso dependente e sua família estejam no centro das decisões, tentando responder às suas necessidades globais (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Alguns estudos destacam o impacto emocional que sofre o familiar quando se torna o cuidador principal do idoso, identificando

relatos em que os cuidadores se descrevem sob estresse e sobrecarga. O aumento da sobrecarga de cuidados foi diretamente relacionado com o aumento de morbidade, afetando a saúde física, mental e os relacionamentos sociais dos cuidadores (ANDRÉN; ELMSTAHL, 2007; PAVARINI *et al.*, 2007; NGUGEN, 2009).

Muitos desses prejuízos que acometem os cuidadores são percebidos por eles próprios e autorreferidos, destacando-se de forma especial a depressão, mencionada em diversos estudos; estão mais presentes em mulheres cuidadoras do que em homens (ANDRÉN; ELMSTAHL, 2007; PAVARINI *et al.*, 2007; MANNION, 2009; NGUGEN, 2009). Estudo realizado por Mannion (2009) identificou que metade dos entrevistados cuidadores que classificaram sua saúde como ruim ou razoável também relataram sentir-se deprimidos e com sono agitado.

Muitas vezes o cônjuge se torna o cuidador principal, enfrentando diversos sentimentos, como o fato de não serem mais reconhecidos por seus esposos (as), e dificuldade em manter um relacionamento em condições de dependência (EGSET; MYKLEBUST, 2011).

Pesquisas também evidenciaram que cuidadores de idosos com demência apresentam níveis mais elevados de sobrecarga psicológica, com maior risco de desenvolver depressão do que cuidadores de idosos que não apresentam demência (MANNION, 2009; NGUGEN, 2009).

O cuidado no domicílio prestado por familiar ficou fortemente evidenciado no estudo de Imaiso e Sasaki (2010), pelo caráter de dever ou obrigação natural. Mesmo que os cuidadores apontem as dificuldades existentes nessa tarefa, também foi considerado como única alternativa de cuidado, além de ser uma maneira de retribuir e de respeitar o desejo do idoso de permanecer no domicílio até o final de sua vida. Esse caráter de dever, obrigação é entendido por muitos cuidadores como experiência negativa, gerando dificuldade de readaptação social, pessoal e familiar, além do sentimento de frustração na maneira de organizar e prestar o cuidado (INNES; ABELA; SCERRI, 2011).

O sexo feminino ainda está claramente relacionado ao papel do cuidador familiar. Entretanto, nos dias atuais, as mulheres estão cada vez mais ocupando espaço no mercado de trabalho e acumulando atividades, muitas vezes sendo o cuidado identificado pelas cuidadoras como tarefa não reconhecida pelos demais familiares e pela própria

sociedade (MANNION, 2009; FONSECA; GONÇALVES; PEREIRA, 2010).

O ato de cuidar foi expresso em muitas pesquisas pelo sentimento de solidão dos cuidadores, que relataram dificuldade em encontrar um suporte na comunidade para auxiliá-los a reorganizar a vida familiar e adapta-se às suas responsabilidades de cuidar. A dependência do idoso restringe também o seu cuidador, gerando um sentimento de isolamento e insatisfação (INNES; ABELA; SCERRI, 2011; ARAÚJO; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Os cuidadores que tiveram a experiência de um apoio e suporte formal e/ou informal relataram a ajuda como um descanso, essencial nesse período de suas vidas. As redes formais foram identificadas como visitas domiciliares de serviços de saúde, que auxiliavam no cuidado e dirimiam as dúvidas existentes sobre necessidades dos idosos. As reuniões dos grupos de ajuda foram apontadas como fonte de apoio significativa para receber informações, conselhos, orientações e suporte nos diferentes estágios da doença, inclusive após a morte de seus familiares (SHANLEY *et al.*, 2011).

O apoio informal foi identificado pela presença de familiares, amigos, religiosos, ou pessoas que de algum modo puderam contribuir e auxiliá-los (SHANLEY *et al.*, 2011; ARAÚJO; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012). De forma especial, o amparo emocional dos demais familiares está relacionado com a qualidade de vida do cuidador, diminuindo a possibilidade de adoecimento, inclusive o risco de desenvolver depressão (OKAMOTO; HARASAWA, 2008).

A equipe de enfermagem é uma importante referência aos cuidadores no que tange a questão de apoio, não somente aos cuidados prestados diretamente no domicílio, mas também no preparo da família que irá receber o idoso após a alta hospitalar. Nigolian e Miller (2011) destacam a importância de reconhecer essa família e o cuidador, utilizando todos os momentos disponíveis para orientá-los e prepará-los, como, por exemplo, em como administrar medicação, trocar roupa e melhorar o conforto do paciente, transmitindo as informações sempre de uma forma que o cuidador possa compreendê-las e executá-las.

Para Alvarez *et al.* (2013), tais questões afetam diretamente a Enfermagem, mormente a Enfermagem Gerontológica, especialidade emergente no Brasil, que deve dar respostas concretas para o cuidado ao idoso à família que toma para si a responsabilidade desse cuidado e aos responsáveis pela qualidade do cuidado nas instituições assistenciais.

A revisão da literatura possibilitou identificar que muitas vezes as famílias não estão preparadas para assumir o cuidado, identificando a necessidade de redes de suporte na comunidade para auxiliá-las nesse processo. Muitas vezes o cuidador é impossibilitado de se dedicar exclusivamente ao seu familiar, mantendo uma sobrecarga de tarefas, prejudicando a sua saúde e o cuidado prestado. Assim as políticas públicas de promoção da saúde também devem organizar-se para assistir o idoso e toda a sua família, até mesmo na forma de subsídio financeiro para manter esse idoso em seu lar.

Ainda há muito caminho a percorrer na reflexão sobre essa modalidade assistencial domiciliar, para que não ocorra somente uma transferência de responsabilidade para a família, mas que seja um processo de corresponsabilização de todos os envolvidos na produção da saúde, suplementar ou pública, para que assim o domicílio se concretize como local adequado para promover a saúde de um grupo populacional que tende a crescer significativamente.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório. A pesquisa quantitativa é um meio para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis mensuráveis por instrumentos, para que os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010). De acordo com o momento da coleta de dados, pode ser caracterizado como transversal, onde as variáveis são observadas num ponto no tempo.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no domicílio de idosos que participam do programa de atendimento domiciliar de uma instituição de saúde suplementar localizada na cidade de Florianópolis-SC.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atualmente o serviço é composto de equipe multiprofissional prestando cuidados terapêuticos, preventivos, paliativos e de reabilitação para adultos e crianças. Em seu levantamento, a autora identificou que o programa atende em média cerca de 190 pessoas mensalmente, dos quais cerca de 80% estão acima de 60 anos de idade.

A população foi composta por pessoas acima de 60 anos de idade inseridas no programa de assistência domiciliar no período da coleta de dados. Foram incluídos também na população da pesquisa os familiares responsáveis pela prestação de cuidados aos idosos no domicílio.

Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2013, por meio de visitas domiciliares a uma amostra total de 92 idosos participantes do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa idosos assistidos pelo programa de assistência domiciliar há pelo menos 07 dias e os idosos e cuidadores

familiares que aceitaram participar da pesquisa. Foram incluídos também os cuidadores principais dos idosos.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Idade: Número de anos já completados, segundo a data de nascimento que constasse no documento de identificação.

Sexo: Gênero a que pertence o idoso, entre masculino e feminino.

Escolaridade: grau de escolaridade atingida em ensino formal. Classificada como: analfabeto, primeiro e segundo grau completo, primeiro e segundo grau incompleto, superior completo e incompleto e pós-graduação.

Estado civil: estado conjugal do idoso, classificado em: solteiro, casado, viúvo, união estável e divorciado.

Arranjo domiciliar: pessoas que residem com o idoso, classificadas em: esposo (a), filhos (as), netos (as) ou cuidador não familiar.

Cuidador: profissional ou não, que auxilia o idoso a realizar suas atividades básicas diárias de forma total ou parcial. Classificados como: cuidador familiar, cuidador ocupacional ou cuidador informal.

Cuidados aos idosos: assistência realizada parcialmente ou integralmente aos idosos, para suprir suas necessidades diárias. Classificados como: cuidados para conforto, cuidados para higiene, cuidados para alimentação e cuidados para administração de medicamentos.

Cognição Mental: avaliação cognitiva realizada através do instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esse instrumento abrange nove domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, memória de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrito e cópia de desenho. Cada item corresponde a 01 ponto, totalizando 30 pontos; qualquer pontuação igual ou superior a 25 é considerada normal. Abaixo disso, a pontuação pode indicar perda cognitiva grave (≤ 9 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou leve (21 a 24 pontos) (BRASIL, 2006).

Dependência Funcional: capacidade para realizar atividades diárias, avaliada através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que tem como objetivo primordial avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada pela pessoa para realizar

uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. O escore classifica: independência motora, independência modificada, supervisão, estímulo ou preparo, assistência mínima, assistência moderada, assistência máxima e dependência total.

Fragilidade: o modelo proposto por Friedet *al.* (2001) determina a presença de um fenótipo correspondente a 05 itens: perda de peso não intencional, fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha em segundos. O modelo demonstra que a presença de três ou mais componentes do fenótipo estão presentes em idosos frágeis e que a presença de um ou dois componentes seriam indicativos de pré-fragilidade.

Funcionalidade familiar: avaliação da dinâmica e funcionamento familiar. Pode ser classificada como boa funcionalidade, moderada disfuncionalidade e alta disfuncionalidade.

Sobrecarga do cuidador familiar: grau de sobrecarga de trabalho que o cuidador sente em relação ao cuidado prestado, ao cuidado solicitado pelo idoso e ao cuidado de si. A sobrecarga pode ser classificada em: ausente, moderada, moderada a severa e severa.

4.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para identificar as variáveis, utilizaram-se os seguintes instrumentos durante a coleta de dados:

a) Caracterização e identificação das condições de saúde do idoso (APENDICE 3): O instrumento contempla variáveis que permitem identificar sexo, idade, nível de escolaridade, estado conjugal, arranjo familiar no domicílio e presença do cuidador (familiar ou ocupacional). Esse instrumento também permitiu identificar o cuidador, caracterizando-o em familiar, ocupacional ou informal, coletando ainda informações complementares para o estudo: presença de outra ocupação do cuidador, participação de algum curso para cuidador de idosos, horas diárias despendidas para o cuidado, existência de patologias prévias, utilização de medicações de uso contínuo e identificação do tipo de cuidado que presta ao idoso no domicílio.

b) Teste de MEEM (ANEXO 1): O instrumento utilizado possibilitou identificar o nível de cognição do idoso, determinando também sua capacidade para responder os questionamentos na avaliação da fragilidade. O escore do MEEM foi: 19 pontos para analfabetos, 23

pontos para 1 a 3 anos de escolaridade, 24 pontos para 4 a 7 anos de escolaridade e 28 pontos para acima de 7 anos de escolaridade.

c) Escala de MIF (ANEXO 2): tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros para a realização de tarefas motoras e cognitivas. A MIF avalia a capacidade de autocuidado, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social (BRASIL, 2006).

Cada item da MIF pode ser classificado numa escala de graus de dependência de sete níveis, em que o valor 1 correspondente a dependência total e valor 7 corresponde a independência. O quadro 1 apresenta os critérios que devem ser utilizados para a classificação correspondente.

Quadro 1 - Critérios utilizados para classificar o nível de Dependência Funcional

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	DEFINIÇÃO
Independência (sem ajuda)	Dispensa ajuda de outra pessoa para realizar as atividades.
7. Independência Motora	Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.
6. Independência Modificada	A atividade requer ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese; tempo de realização demasiadamente elevado, ou não pode ser realizada em condições suficientes de segurança.
5. Supervisão ou Estímulo	A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico. Ou ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a órtese ou prótese (ajuda técnica).

4. Assistência Mínima	O contato é puramente “tátil”: com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.
3. Assistência Moderada	A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda moderada, realiza pouco mais da metade do esforço requerido para a atividade.
2. Assistência Máxima	A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço para desempenhar a atividade.
1. Assistência Total	A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.

Fonte: BRASIL (2006)

- c) Avaliação da fragilidade (ANEXO 3): o modelo usado, proposto por Fried (2001) determina a fragilidade através de um fenótipo caracterizado por cinco componentes: perda de peso não intencional autorreferida (pelo menos 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano); fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e índice de massa corporal (IMC); baixo nível de atividade física, ajustado segundo gênero; diminuição da velocidade da marcha em segundos (distância de 4,5m ajustada para gênero e altura) (BRASIL, 2006). Para aferir a força de preensão manual utilizou-se o dinamômetro da marca Jamar, devidamente calibrado.

O nível de atividade física dos idosos foi avaliado com aplicação da versão brasileira do questionário Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire (ANEXO 4), que mede o dispêndio de energia (kilocalorias) com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados nas duas últimas semanas; ajustado segundo o sexo.

- d) APGAR familiar (ANEXO 5): o APGAR permite verificar indícios de disfunção familiar e identificar a percepção das pessoas sobre suas famílias como recurso ou como fator estressor. O APGAR é um acrônimo de **A**daptation, **P**artnership, **G**rowth, **A**ffection e **R**esolve. Esse instrumento foi traduzido, adaptado e validado na língua portuguesa, demonstrando-se eficiente teste de avaliação rápida (BRASIL, 2006).

Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídos valores que, somados ao final, resultam num escore total (quadro 2), cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada disfuncionalidade e alta disfuncionalidade).

Quadro 1 - Escore de avaliação do APGAR familiar

ESCORE	RESULTADOS
0 a 4	Elevada disfunção familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
7 a 10	Boa funcionalidade familiar

Fonte: BRASIL (2006)

Avaliação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores (ZARIT) (ANEXO 5): este instrumento foi aplicado quando o cuidador principal era um familiar. Compreende aspectos de sentimentos do cuidador em relação ao cuidado prestado, ao cuidado solicitado pelo idoso e ao cuidado de si. A avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que frequência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre) (BRASIL, 2006)(QUADRO 3).

Quadro 2 - Escore de avaliação de sobrecarga do cuidador familiar.

ESCORE	RESULTADO
≤ 21	Ausência de sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga severa

Fonte: BRASIL (2006)

4.7 COLETA DE DADOS

4.7.1 Etapa Pré-campo

Consistiu no levantamento da população do estudo, através de pesquisa no cadastro do banco de dados do programa de atendimento domiciliar da instituição de saúde suplementar, com a finalidade de identificar as pessoas com idade acima de 60 anos de idade.

Em seguida, foi realizado contato telefônico, com o objetivo de agendar visita para a apresentação da pesquisa. Nos casos de recusa de participar da pesquisa já no contato telefônico, o entrevistado foi excluído. Foram excluídos também os idosos selecionados quando não foi possível contactar por telefone o familiar responsável por autorizar a visita domiciliar.

4.7.2 Etapa coleta de dados

Na visita domiciliar foram prestados esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos e sobre como seria realizada a coleta de dados, tempo estimado de duração da entrevista, sendo também dirimidas possíveis dúvidas. Posteriormente à orientação e à obtenção do consentimento, foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual foi entregue uma cópia ao idoso ou a seu familiar (APENDICE 01) (APENDICE 02). Somente então era iniciada a coleta de dados propriamente dita.

4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram introduzidos em banco de dados próprio utilizando o programa Excel e analisados através do programa

Sestatnet, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (NASSAR *et al.*, 2013). Para identificar a associação foram utilizados testes estatísticos (t de Student, Sperman, ANOVA, Qui Quadrado e Teste Exato de Fischer) para nível de significância adotado de 5%, valor de $p \leq 0,05$. Na análise descritiva dos dados para as variáveis categóricas foram utilizadas frequências simples e percentuais. Os resultados foram organizados em forma de gráficos e tabelas.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos, respeitando-se os aspectos éticos, legais e morais.

Para obter autorização para realização da pesquisa na referida instituição de saúde suplementar foi respeitada sua política interna de realização de trabalhos acadêmicos, que determina o preenchimento de formulário próprio para ser apreciado pela Diretoria de Gestão Administrativa e Financeira e pelo Departamento de Gestão de Pessoas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo Parecer de Nº. 343.656 de 12/08/2013, possibilitando assim o início da coleta de dados a partir dessa data.

Durante a coleta de dados os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e receberam o TCLE, o qual foi assinado em duas vias, sendo uma para o participante e uma para a pesquisadora.

Através do TCLE foi respeitada a autonomia para decidir sobre a participação na pesquisa; as pessoas sem condição cognitiva para compreender os objetivos da pesquisa puderam participar, quando o responsável direto pelo cuidado autorizou.

Foi também respeitado e preservado o direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum para os participantes. Em nenhum momento foram divulgados ou identificados os nomes dos participantes, nem expostos os dados que possam identificar de alguma maneira os sujeitos, garantindo assim total sigilo e privacidade.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de manuscritos, conforme instituído pela Instrução Normativa 10/PEN/2011 do PEN/UFSC. Nesta dissertação apresentamos três manuscritos:

Manuscrito 1: Necessidades do cuidado a idoso no domicílio.

Manuscrito 2: Condições de saúde do idoso no domicílio.

Manuscrito 3: Sobrecarga do cuidador familiar no domicílio.

5.1 MANUSCRITO 01: NECESSIDADES DE CUIDADO A IDOSO NO DOMICÍLIO

Necessidades de Cuidado a Idoso no Domicílio

Luciana de Fátima LeiteLourenço
AngelaMariaAlvarez

RESUMO

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizada com idosos assistidos por um programa de atendimento domiciliar da saúde suplementar, na cidade de Florianópolis (SC). O objetivo do estudo foi identificar as necessidades de cuidado aos idosos. Os dados foram coletados entre 92 idosos, em seus domicílios, nos meses de julho a setembro de 2013. Para caracterizar o idoso foi utilizado um instrumento com variáveis que identificam sexo, idade, nível de escolaridade, patologias prévias, medicamentos em uso, estado conjugal, arranjo familiar no domicílio e presença do cuidador familiar ou ocupacional, tempo de participação no programa domiciliar e tipo de cuidados que demanda. Para avaliar o nível de dependência foi utilizada a escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Entre os idosos investigados no estudo, a média de idade foi de 83,2 anos, predominando viúvas e residentes com esposo (a) e filhos (as). Entre as necessidades de cuidado, foram identificados 50% dos idosos na condição de acamados no leito; 58,6% tomam banho de chuveiro em cadeira; 71,7% necessitam de troca de fraldas; 64,1% se alimentam por via oral com auxílio e 31,5% alimentam-se por gastrostomia. Os resultados revelaram elevado nível de dependência, com muitas necessidades de cuidado aos idosos no domicílio.

Palavras-Chave: Idosos; Assistência domiciliar; Necessidades de cuidado.

Elderly Care Needs in the Home

ABSTRACT

A quantitative study with a cross-sectional and exploratory approach, developed among assisted elderly of a home care program of supplemental health in the city of Florianópolis (SC). The objective was to identify the care needs of the elderly. The data collection happened between July and September 2013, at home among 92 elderly. In order

to characterize the subjects, we used an instrument that allowed the identification of variables such as sex, age, educational level, previous illnesses, medications, marital status, family formation, the presence of family or occupational caregiver, time of participation in the domiciliary program and type of care that the elderly need. The Scale of Functional Independence Measure (FIM) was used to assess the level of dependency. Among the investigated elderly, was identified an average age of 83.2 years being predominantly widows, elderly residing with spouse and/or children. Among the care needs, it was found that 50% of the elderly had a bedridden status, 58.6% took a spray bath chair, 71.7% require diapering, 64.1% needed help for feeding and 31.5% were fed through gastrostomy. The results showed a high level of dependence on high burden of care needs of the elderly at home. The assessment of care needs to be inserted in planning of care of the elderly at home by caregivers and the multidisciplinary team.

Keywords: Elderly; Home care; Care needs.

Necesidades de Cuidado al Anciano en el Domicilio

RESUMEN

Investigación cuantitativa, transversal y exploratoria, realizada con ancianos asistidos por un programa de atención domiciliar de salud suplementaria en la ciudad de Florianópolis (SC). El objetivo fue identificar las necesidades de cuidado de los ancianos. La recolección de los datos se dio entre los meses de julio a septiembre de 2013, en el domicilio, teniendo como muestra 92 ancianos. Para la caracterización de los sujetos, se utilizó un instrumento con variables que permitieron la identificación del sexo, edad, nivel de escolaridad, enfermedades previas, medicaciones en uso, estado conyugal, formación familiar en el domicilio y la presencia del cuidador familiar u ocupacional, tiempo de participación en el programa domiciliar y tipo de cuidados que necesita. Se utiliza la escala de Medida de Independencia Funcional (MIF) para la evaluación del nivel de dependencia. Entre los ancianos investigados se verificó un promedio de edad de 83,2 años siendo predominantemente viudas, residiendo con esposo (a) y/o hijos (as). Entre las necesidades de cuidado, se encontró que 50% de los ancianos estaban en la condición de encamamiento, 58,6% realizan baño de aspersión con silla, 71,7% necesitan de cambio de pañales, 64,1% se alimentan por vía oral con auxilio y 31,5% se alimentaban por medio de gastrostomía. Los

resultados demostraron un nivel alto de dependencia con alta carga de necesidades de cuidados de los ancianos en el domicilio. La evaluación de las necesidades de cuidados precisa estar inserido en el planeamiento de la asistencia del anciano en el domicilio y direccionar las acciones prestadas por los cuidadores y por el equipo multiprofesional.

Palabras llave: Ancianos; Asistencia domiciliar; Necesidades de cuidado.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento trouxe como conquista a possibilidade de as pessoas viverem com mais qualidade de vida descobrindo e desfrutando novas formas de viver envelhecendo. Em contrapartida, prolonga-se também o tempo de permanência com doenças crônicas e aumenta o risco de desenvolver mais agravos.

Ao longo das últimas décadas o Brasil tem vivenciado o aumento da longevidade dos idosos mais idosos. Isso nos impõe a busca por compreendermos esse fenômeno e as demandas desses idosos pois justamente nessa fase da vida ocorrem múltiplas patologias crônicas, o uso de polifármacos, a perda progressiva da capacidade funcional e a mudança na dinâmica familiar.

As doenças crônicas são as principais causas de mortalidade e incapacidade na população idosa, e nesse grupo etário estágeralmente associada à presença de mais de uma patologia, exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (DANTAS, 2013; VERAS, 2009).

Por si só, o envelhecimento envolve perda funcional natural, embora as doenças crônicas possam exacerbar esse processo, aumentando progressivamente as exigências de cuidado (VERAS, 2012). Uma vez comprometida a capacidade funcional do idoso, algum tipo de suporte e auxílio é necessário, em âmbito institucional ou domiciliar (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Como forma de assistência ao idoso, o cuidado realizado no domicílio cresce na sociedade, demandando programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

As necessidades de cuidado a idosos assistidos no domicílio podem ser determinadas pela avaliação do grau de dependência, parte fundamental desse processo. A dependência exige auxílio parcial ou total para realização das atividades básicas da vida diária, podendo

estar relacionada a perdas de autonomia física, psíquica ou intelectual (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Atualmente existem diversos instrumentos que ajudam a diagnosticar o estado de saúde do idoso, permitindo a elaboração de um plano de cuidados individualizado. O caderno de atenção básica ao idoso, do Ministério da Saúde, propõe várias alternativas para essa avaliação, englobando aspectos de saúde físicos e cognitivos, avaliação funcional, funcionalidade familiar, sobrecarga de cuidadores e violência contra o idoso (BRASIL, 2006).

No cenário atual de políticas públicas se valoriza a manutenção do idoso no seu domicílio, através da assistência domiciliar, amparado pelo suporte familiar. No Brasil, essas políticas ganharam força a partir da década de 1990, através da regularização de funcionamento dos serviços de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Muitos avanços já ocorreram nessa perspectiva de atenção domiciliar. O programa Melhor em Casa, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), amplia o acesso da população a essa modalidade assistencial visando ao atendimento a pacientes com necessidades de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento e em situação pós-cirúrgica, entre outros (BRASIL, 2012).

No que se refere à saúde suplementar, a saúde do idoso é atualmente um dos eixos estratégicos de atuação para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, as principais ações desenvolvidas ainda enfocam o gerenciamento de crônicos, segmentando o acompanhamento às necessidades dos idosos, podendo ter como consequência a iatrogenia médica decorrente das diferentes formas de tratamento aplicadas ao mesmo paciente (BRASIL, 2012; VERAS, 2012).

Um novo modelo de atenção à saúde do idoso proposto pela ANS prevê a definição de uma estrutura hierárquica de assistência, que contemple ações desde o idoso saudável e ativo até o idoso em fase final de sua vida, incluindo a assistência domiciliar nesse eixo (BRASIL, 2012). O acesso à internação domiciliar pela saúde suplementar está sendo ampliado, uma vez que faz parte do rol de procedimentos obrigatórios pela ANS, provocando uma tendência à desospitalização precoce e valorizando as relações interpessoais e

profissionais que podem ser desenvolvidas no domicílio (MINCHILLO, 2012; BRASIL, 2013).

No entanto, essa tendência apresenta uma nova perspectiva no cuidado aos idosos no domicílio, impondo a emergência de compreendermos tal fenômeno para adequar o cuidado nesse contexto, que tende a ampliar-se continuamente. Do mesmo modo, as ações da saúde suplementar precisam desenvolver-se para atender as necessidades de cuidado de uma parcela da população já envelhecida, com características particulares, especialmente quando tratadas no âmbito domiciliar.

Portanto, o objetivo do presente estudo é identificar as necessidades de cuidados aos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar no âmbito domiciliar.

MÉTOD

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizada no domicílio de idosos que participam do programa de atendimento domiciliar de uma instituição de saúde suplementar localizada na cidade de Florianópolis-SC.

No período da pesquisa, o serviço atendia cerca de 190 pessoas mensalmente, das quais cerca de 140 eram idosos, sendo obtida uma amostra de 92 idosos participantes com mais de 07 dias no programa de atendimento domiciliar.

Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2013. Previamente foi realizado contato telefônico, em que a pesquisadora se identificou e explicou o objetivo geral do estudo. Após demonstrado interesse de participar, era agendada uma visita domiciliar em data e horário estabelecidos pelo entrevistado.

No domicílio, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, lendo o TCLE e explicando o seu conteúdo. Os dados foram coletados após a assinatura do TCLE, ficando uma cópia com o idoso ou responsável e outra com a pesquisadora.

Para caracterizar o idoso foi utilizado instrumento com variáveis que permitem identificar o sexo, idade, nível de escolaridade, patologias prévias, medicamentos em uso, estado conjugal, arranjo familiar no domicílio e presença do cuidador (familiar ou ocupacional), tempo de participação no programa domiciliar e tipo de cuidados que demanda. Utilizou-se ainda a escala de Medida de Independência

Funcional (MIF), que mede o grau de cuidados de terceiros que a pessoa demanda para realizar tarefas motoras e cognitivas.

Os dados foram armazenados no programa Excel® da Microsoft®. As análises descritivas foram realizadas por meio da ferramenta computacional on-line SStatNet® (NASSAR *et al.* 2013).

Através do TECLE foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado pelo Parecer de nº. 343.656 de 12/08/2013.

RESULTADOS

Dos 92 participantes do estudo, a maior parte (67,5%) pertence ao grupo dos idosos longevos, acima de 80 anos de idade.

A Tabela 1 mostra os dados que caracterizam os idosos. A média de idade dos 92 sujeitos foi de 83,2 anos, a mediana de 85,5 e o desvio padrão de 10,3. Comparando-se a idade entre sexo masculino e feminino, o teste de t de Student indicou que as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,07$). A idade dos idosos do gênero masculino variou entre 61 e 97 e das idosas entre 60 e 103 anos. Na distribuição por sexo, a porcentagem de mulheres é superior à dos homensidosos em todas as faixas etárias.

Quanto ao estado civil, entre as mulheres predominam as viúvas, enquanto entre os casados a maioria é de homens. A escolaridade apresentou maiores porcentagens em primeiro e segundo grau completos.

No arranjo domiciliar diversas variáveis foram identificadas, predominando idosos que residem com algum membro da família. A proporção de idosos residindo com cuidadores ou empregados foi de 20,7%.

Em relação ao tempo de atendimento no programa, predominam idosos que participam há mais de seis meses (27,2%), com proporção de 22,8% para aqueles que estão há mais de três anos, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar

VARIÁVEIS	FEMININO(n=56) n (%)	MASCULINO(n=36) n (%)
Idade		
60-69	5 (8,9)	7 (19,4)
70-79	12 (21,4)	6 (16,7)
80-89	19 (33,9)	14 (38,9)
Acima de 90	20 (35,7)	9 (25)
Estado civil		
Solteiro	3 (5,4)	1 (2,8)
Separado	1 (1,8)	2 (5,6)
Casado	10 (17,9)	25 (69,4)
União estável	0 (0)	1 (2,8)
Viúvo	42 (75)	7 (19,4)
Escolaridade		
1º G incompleto	7 (12,5)	2 (5,6)
1º G completo	23 (41,1)	6 (16,7)
2º G incompleto	1 (1,8)	0 (0)
2º G completo	21 (37,5)	15 (41,7)
Superior incompleto	0 (0)	2 (5,6)
Superior completo	4 (7,1)	6 (16,7)
Pós-graduação	0 (0)	5 (13,9)
Arranjo domiciliar		
Esposo	1 (1,8)	3 (8,3)
Esposo e filhos	7 (12,5)	17 (47,2)
Esposo, filhos e netos	0 (0)	4 (11,1)
Filhos	10 (17,9)	0 (0)

Filhos, noras e ou genros	8 (14,3)	3 (8,3)
Netos	1 (1,8)	0 (0)
Filhos e netos	7 (12,5)	3 (8,3)
Cuidadores ou empregados	17 (30,4)	2 (5,6)
Outros familiares	2 (3,6)	1 (2,8)
Familiares e cuidador	3 (5,4)	3 (8,3)
Tempo de atendimento		
Até 2 meses	1 (1,8)	3 (8,3)
De 2 a 6 meses	2 (3,6)	6 (16,7)
De 6 a 12 meses	16 (28,6)	9 (25)
De 1 a 2 anos	12 (21,4)	6 (16,7)
De 2 a 3 anos	11 (19,6)	5 (13,9)
Mais de 3 anos	14 (25)	7 (19,4)

A Tabela 2 mostra a distribuição das necessidades de cuidado segundo gênero. No que diz respeito às necessidades de cuidados relatadas de forma geral, havia 50% dos idosos na condição de acamados, 58,6% tomam banho de chuveiro com cadeira, 71,7% necessitam de troca de fraldas, 64,1% se alimentam por via oral com auxílio e 31,5% têm gastrostomia para alimentação e medicação. Todos os cuidados relatados exigem grande auxílio de outras pessoas, em muitos casos com dependência total.

Tabela 2- Necessidades de cuidado dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por gênero.

NECESSIDADES DE CUIDADO SEGUNDO GÊNERO				
NECESSIDADES DE CUIDADOS	GÊNERO FEMININO		GÊNERO MASCULINO	
	n	(%)	n	(%)
Companhia	54	96,4	31	86,1
Auxílio deambular	17	30,4	12	33,3
Acamado	32	57,1	14	38,9
Cadeirante	1	1,8	5	13,9
Mudança decúbito	36	64,3	20	55,6
Posiciona poltrona	41	73,2	24	66,7
Massagem p. ósseas	38	67,9	21	58,3
Aspiração vias aéreas	7	2,5	4	11,1
Banho chuveiro	8	14,3	7	19,4
Banho chuveiro c/cadeira	36	64,3	18	50
Banho leito	12	21,4	7	19,4
Auxílio banheiro	17	30,4	17	47,2
Troca de fraldas	41	73,2	25	69,4
Curativo	16	28,6	12	33,3
Alimentação VO	37	66,1	22	61,1
Gastrostomia	19	33,9	10	27,8
Oxigênio	3	5,4	5	13,9
Nebulização	9	16,1	10	27,8
Medicação VO	34	60,7	22	61,1
Medicação EV	1	1,8	0	0
Medicação SC	5	8,9	5	13,9
Medicação por GTT	19	33,9	9	25

Na análise da relação das variáveis necessidades de cuidado e gênero, utilizou-se o teste t de Student, não sendo encontrada significância estatística ($p=0,33$) entre ambas.

Já a Tabela 3 apresenta as necessidades de cuidado distribuídas por faixa etária, evidenciando que os idosos com 80 anos ou mais concentram as maiores necessidades.

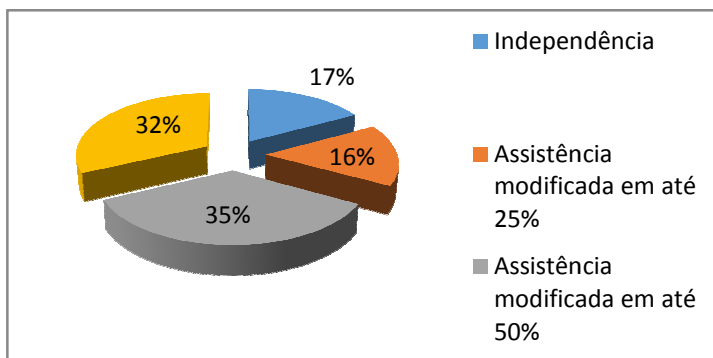
Tabela 3 - Necessidade de cuidados dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.

NECESSIDADES DE CUIDADOS	FAIXA ETÁRIA			
	60-69 ANOS (%)	70-79 ANOS (%)	80-89 ANOS (%)	90 ANOS ou mais (%)
Companhia	10,6	18,8	37,6	32,9
Auxílio Deambular	6,9	6,9	48,3	37,9
Acamado	10,9	21,7	34,8	32,6
Cadeirante	33,3	50	16,7	0
Mudança decúbito	8,9	19,6	35,7	35,7
Posiciona poltrona	7,7	18,5	35,4	38,5
Massagem p. ósseas	8,5	20,3	37,3	33,9
Aspiração Vias Aéreas	27,3	36,4	9,1	27,3
Banho de chuveiro	6,7	13,3	46,7	33,3
Banho de chuveiro com cadeira	13	22,2	35,2	29,6
Banho no leito	10,5	10,5	36,8	42,1
Auxílio banheiro	14,7	11,8	41,2	32,4
Troca de fraldas	9,1	21,2	34,9	34,9
Curativo	7,1	17,9	42,9	3,1
Alimentação VO	10,2	20,3	40	30,5
Gastrostomia	10,3	17,2	37,9	34,5
Oxigênio	37,5	12,5	0	50
Nebulização	15,8	5,3	31,6	47,4
Medicação VO	12,5	19,6	35,7	32,1
Medicação EV	0	5,6	0	0
Medicação SC	20	10	30	40
Medicação por GTT	10,7	17,9	35,7	35,7

Quanto ao grau de dependência para realizar atividades de vida diária, a maioria dos idosos encontra-se com capacidade funcional prejudicada (FIGURA 1).

Analisando-se as variáveis valor de MIF total e idade, através do teste ANOVA, não foi identificada significância entre ambas, onde valor de $p=0,172$.

Figura 1 - Distribuição dos valores da MIF total de acordo com o nível de independência funcional



DISCUSSÃO

Entre os idosos investigados no estudo, a média de idade foi de 83,2 anos, predominando: viúvas; residindo com esposo (a) e filhos (as).

A predominância de idosos acima da faixa etária de 80 anos corrobora as projeções populacionais, que indicam aumento da população dos idosos longevos. No Brasil, dados do IBGE revelam que essa parcela da população é de cerca de três milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Camarano e Kanso (2010) enfatizam que a melhoria nas condições de saúde dos idosos que acompanham o aumento da expectativa de vida da população mais idosa não diminuirá a demanda de cuidados, considerando a carga de doenças e suas consequências ao longo de toda a vida.

Alguns estudos corroboram a afirmativa de Camarano e Kanso (2010), apontando o aumento da dependência funcional de

acordo com a progressão da idade. No estudo comparativo em três regiões do sul do país entre a capacidade funcional dos idosos mais idosos foi identificada associação entre dependência grave e idade mais avançada; entretanto, não houve significância entre as variáveis gênero e capacidade funcional. (AIRES; PASKULIN; MORAIS; 2010).

Em seu trabalho, Nogueira *et al.* (2010) abordaram os fatores determinantes de capacidade funcional de idosos longevos, observando maiores chances de dependência funcional com o aumento da idade e alta significância entre gênero feminino e CF. Entre os idosos participantes, 71% apresentaram CF boa ou muito boa, o que significou elevado índice de independência nessa população.

No estudo de Lenardt e Carneiro (2013) sobre a associação das características sociodemográficas e a capacidade funcional (CF) de idosos longevos, a variável idade apresentou significância apenas quando relacionada com a MIF total. Constatou-se que idosos provenientes do meio rural, com baixo nível socioeconômico, eram mais propensos a desenvolver incapacidades funcionais do que aqueles oriundos do meio urbano, com melhor renda e acesso a informações. A variável renda mostrou associação significativa com a variável MIF total, demonstrando que o acesso a informação e a serviços de saúde contribuem para manter a CF.

No presente estudo, quando avaliada a capacidade funcional através da escala de MIF, identificou-se que apenas 17% apresentaram independência, enquanto 35% apresentaram dependência moderada (assistência de até 50%) e 32% eram totalmente dependentes. Os resultados evidenciam grande nível de dependência dos idosos em assistência domiciliar.

Tal resultado pode ser compreendido pela característica da população em análise. Todos os idosos inseridos no programa de atendimento domiciliar apresentam alguma necessidade de saúde, tanto para acompanhamento em condição estável como para tratamento de alguma enfermidade, mostrando-se mais vulneráveis para desenvolver dependência.

Quando avaliada a relação entre capacidade funcional e idade, não foi encontrada significância estatística entre ambas. Esse resultado diferencia-se dos estudos de Fiedler e Peres (2008) e Santos *et al.* (2007), nos quais idosos da faixa etária mais elevada apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional.

Tal resultado diverge também de estudo realizado com 254 idosos associados a um plano de saúde, no qual a grande maioria (86,2%) foi classificada como independente. Entretanto, constatou-se relação direta entre prevalência de incapacidade funcional e idade, sendo observada maior incapacidade funcional nos idosos com 80 anos ou mais (CARDOSO; COSTA, 2010). Essa divergência pode ser explicada pela característica da população, pois no estudo de Cardoso e Costa (2010) foram inseridos todos os idosos associados, enquanto na atual pesquisa foram considerados apenas os idosos pertencentes ao programa de cuidado domiciliar.

No atual estudo, a proporção de mulheres é de 60,9% do total de idosos, corroborando outros estudos, que apresentam maior proporção de mulheres na faixa etária acima de 80 anos de idade (FIEDLER; PERES, 2008; AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

O processo de feminização do envelhecimento vem sendo abordado fortemente nas últimas décadas. A estimativa para 2040 é que o número de homens seja de 23,99 milhões enquanto as mulheres devem chegar a 30,19 milhões, representando queda da razão de gênero para 79 homens para cada 100 mulheres entre a população idosa.

Para Küchemann (2012), a predominância do sexo feminino entre os idosos, especialmente aqueles acima de 80 anos, pode indicar que sejam elas as maiores dependentes de cuidados, repercutindo especialmente nas demandas por políticas públicas.

Uma peculiaridade da presente pesquisa se dá em relação ao grau de escolaridade dos participantes, quando comparado a demais estudos, inclusive com idosos de nível superior e pós-graduação. Esse resultado deve ser avaliado em seu contexto, pois representa uma população com acesso a assistência de saúde privada, levando a inferir melhor condição de renda e acessos.

Em relação ao arranjo domiciliar, a maioria dos idosos reside com algum membro de sua família (79,4%), a maior porcentagem coabitando com esposo (a) e filhos (as). Uma parcela dessa população, cerca de 20%, não reside com familiares, mas com cuidadores e ou empregados.

Dado importante deste estudo é o fato de nenhum dos idosos participantes residir sozinho. Relacionando essa informação com o elevado nível de dependência encontrado nessa população, percebe-se que a necessidade de cuidados no ambiente domiciliar exigirá a existência de outras pessoas residindo com os idosos.

Em estudo realizado por Pedrazziet *al.* (2010) sobre o arranjo domiciliar de idosos mais velhos, a maioria mora com o cônjuge, e grande parte ainda reside sozinha e com os filhos. Segundo dados do IBGE de 2010, cerca de três milhões de idosos vivem sozinhos no país, o que representa 14% da população acima de 60 anos.

Os resultados das pesquisas demonstram que o arranjo domiciliar caracteriza a família ainda como a grande provedora de cuidados aos idosos no âmbito domiciliar (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Em relação ao tempo de atendimento pelo programa, a grande maioria vem sendo assistida há mais de 6 meses, e parcela significativa (22,8%) é atendida há mais de 3 anos. O tempo de atendimento demonstra a necessidade de acompanhamento dos idosos de forma contínua, assumindo caráter de assistência domiciliar, isto é, uma forma de cuidado particularizada que agrega elementos diversos a serem considerados no processo de cuidar desses idosos.

No que se refere às necessidades de cuidados apontadas, importante destaque do estudo foi que 50% da amostra são representados por idosos acamados, demonstrado alto grau de dependência. Em sua grande maioria, os pacientes acamados encontram-se em elevado nível de debilidade física, mental ou ambas. O estudo ainda identificou que entre os idosos acamados, 69,6% são mulheres e 30,4% são homens.

A realização das atividades básicas da vida cotidiana, como higiene, alimentação e transferência, entre outras, se tornam inviáveis aos pacientes nessas condições, tornando-os necessariamente dependentes de outras pessoas.

As demais necessidades de cuidado com maior predominância exigem grande auxílio para realizá-las, como: banho de chuveiro com cadeira, troca de fraldas, alimentação por via oral com auxílio e gastrostomia para alimentação e medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos idosos participantes do programa demonstrou que a exigência de cuidados no domicílio é elevada. Metade da população encontrava-se acamada, dependendo do auxílio de outras pessoas para realizar atividades básicas a sua sobrevivência. Isso é corroborado pela avaliação através da MIF, em que a grande maioria

dos idosos foi classificada com elevada necessidade de auxílio ou ainda de dependência total.

Em muitas circunstâncias o domicílio não dispõe de estrutura para que a necessidade de cuidado seja atendida mais adequadamente, o que dificulta o auxílio e gera transtorno à rede familiar, que precisa adaptar-se e se restringir para que o idoso receba o cuidado em casa.

Em muitos casos, os idosos ficam no limiar de serem cuidados em casa e na necessidade de serem atendidos em estrutura hospitalar, provocando muitas vezes o agravamento rápido de seu estado clínico. Isso sugere que o apoio ao cuidado para essas famílias deve ser estruturado de forma a tornar possível assistência domiciliar de qualidade com comprometimento de equipe capacitada para dar solução às exigências advindas dos desequilíbrios próprios da condição de saúde apresentada pelos idosos em seus domicílios.

Assim, como parte de um processo de enfermagem, o levantamento dessas necessidades de cuidado devem fazer parte de uma avaliação individual e única para cada idoso, partindo da realidade domiciliar onde estão inseridos, buscando a adaptação mais coerente para cada condição.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_

sinopse.shtm>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica 19**. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 2006. 192 p.

BRASIL. Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em: 05 ago. 2012.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a24v15n6.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, Fev., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, Jan./Abril, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, Jan./Mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

MINCHILLO, A. L. C.; A visão dos serviços privados de assistência domiciliar. In: MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar. Atualidade da assistência de enfermagem**. Ed. Rubio: Rio de Janeiro, 3360, 2012.

NASSAR, S.M., WRONSCKI, V.R., OHIRA, M. et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net>. Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em: 23 ago. 2013.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinante da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 4, jul./ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

PEDRAZZI, E. C. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, Jan./Fev., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

SANTOS, K. A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; PATTUSI, M. P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/24.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. p. 2953-2962, 2011. Disponível em: <http://http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600033>. Acesso em: 13 jan. 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, maio/jun., p. 548-554, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

5.2 MANUSCRITO 02: CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO NO DOMICÍLIO

Luciana de Fátima Leite Lourenço
Angela Maria Alvarez

Condições de Saúde do Idoso no Domicílio

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizada com idosos assistidos por um programa de atendimento domiciliar da saúde suplementar, na cidade de Florianópolis (SC). O objetivo desse estudo foi de identificar as condições de saúde dos idosos no domicílio, assistidos pelo sistema de saúde suplementar. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2013 e por meio de visita domiciliar obteve-se uma amostra de 92 idosos. Para a caracterização do idoso foi utilizado instrumento que permite identificar o sexo, idade, nível de escolaridade, doenças prévias, medicações em uso, estado conjugal, arranjo familiar no domicílio e presença do cuidador familiar ou ocupacional, tempo de participação no programa domiciliar e tipo de cuidados que necessita. Avaliou-se ainda, o nível de dependência funcional através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), alteração cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e a fragilidade através do fenótipo proposto por Fried. Identificou-se que 43 % dos idosos apresentam de 4 a 6 patologias e 47,8% utilizam de 4 a 6 medicamentos. Entre os idosos 32% apresentaram dependência total e 54% encontravam-se com perda de cognição severa. Os resultados demonstraram um nível elevado de dependência, com alta carga de necessidade de cuidados dos idosos no domicílio. Conhecer as condições de saúde dos idosos no domicílio deve ser contemplado na avaliação sistemática de idosos que são acompanhados por programas de atendimento domiciliar, visando à implementação de medidas para que os idosos vivam melhor no domicílio.

Palavras-Chave: Idosos. Assistência domiciliar. Condições de Saúde.

Health Conditions of Elderly at Home

ABSTRACT

A quantitative study with a cross-sectional and exploratory approach, developed among assisted elderly of a home care program of supplemental health in the city of Florianópolis (SC). The objective was to identify the health conditions of elderly at home, assisted by the supplemental health system. The data collection happened between July and September 2013, at home among 92 elderly. In order to characterize the subjects, we used an instrument that allowed the identification of variables such as sex, age, educational level, previous illnesses, medications, marital status, family formation, the presence of family or occupational caregiver, time of participation in the domiciliary program and type of care that the elderly need. The scale of Functional Independence Measure (FIM) also assessed the level of functional dependence. The cognitive impairment was tested by the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the fragility was examined through the phenotype suggested by Fried. It was identified that 43% of the elderly had 4 to 6 pathologies and 47.8% of them used 4-6 medications. Among the elderly, 32% had total dependence and 54% had severe loss of cognition. The results showed a high level of dependence on high overload of care needs of the elderly at home. To know the health status of the elderly at home must be considered in the systematic evaluation of elderly who are accompanied by home care programs, seeking the implementation of better measures for the elderly who live at home.

Keywords: Elderly. Home care. Health Conditions.

Condiciones de Salud del Anciano en el Domicilio

RESUMEN

Investigación cuantitativa, transversal y exploratoria, realizada con ancianos asistidos por un programa de atención domiciliar de salud suplementaria en la ciudad de Florianópolis (SC). El objetivo fue identificar las condiciones de salud de los ancianos en el domicilio, asistidos por el sistema de salud suplementar. La recolección se dio en los meses de julio a septiembre de 2013 por medio de visita domiciliar con una muestra de 92 ancianos. Para la caracterización de los sujetos, se utilizó un instrumento que permitió identificar el sexo, edad, nivel de escolaridad, enfermedades previas, medicaciones en uso, estado

conyugal, formación familiar en el domicilio y la presencia del cuidador familiar u ocupacional, tiempo de participación en el programa domiciliar y tipo de cuidados que necesita. Se evaluó además el nivel de dependencia funcional a través de la escala de Medida de Independencia Funcional (MIF), alteración cognitiva por el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), y la fragilidad a través del fenotipo propuesto por Fried. Se identificó que 43% de los ancianos presentan de 4 a 6 patologías y 47,8% utilizan de 4 a 6 medicamentos. Entre los ancianos 32% presentaron dependencia total y 54% se encontraban con pérdida de cognición severa. Los resultados demostraron un nivel elevado de dependencia con alta carga de necesidades de cuidados de los ancianos en el domicilio. Conocer las condiciones de salud de los ancianos en el domicilio debe ser contemplado en la evaluación sistemática de ancianos que son acompañados por programas de atención domiciliar, visando la implementación de medidas para que los ancianos vivan mejor en el domicilio.

Palabras llave: Ancianos. Asistencia domiciliar. Condiciones de Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem norteado o desenvolvimento de estratégias que possam ser incorporadas na sociedade que busca encontrar alternativas de cuidado à saúde diante desse acelerado processo.

Políticas públicas, manutenção da independência funcional, permanência no mercado de trabalho, preparo e desenvolvimento de cuidadores, estruturação do suporte familiar e assistência a saúde que atenda as necessidades dos idosos são algumas das preocupações relacionadas ao envelhecimento da população (OMS, 2005).

As atuais políticas públicas de saúde visam a medidas que garantam à população envelhecer mais saudável, preconizando ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, porquanto mesmo considerando o envelhecimento como o principal fator de risco para possíveis agressões orgânicas, acredita-se que é possível ter vida saudável também na velhice. Nesse sentido, o conceito de prevenção de doenças e promoção da saúde é fundamental para avaliar as necessidades de cuidado das pessoas idosas (BRASIL, 2012; MORAES, 2012).

Identificar as condições de saúde dessa população é imprescindível para o sucesso de estratégias públicas. A predominância de doenças crônicas que se evidencia fortemente na população idosa contribui também para a crescente presença de múltiplas patologias (BRASIL, 2009).

As doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 38,36% das causas de mortalidade, seguidas por neoplasias (17,98%) e doenças do aparelho respiratório (15,04%). A principal causa de internação hospitalar de idosos no ano de 2012 foi a pneumonia, seguida por neoplasias, doenças isquêmicas do coração, Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2012).

Além de seu elevado custo assistencial e maior complexidade, as principais doenças que atingem a população idosa geram inúmeras complicações e incapacidades (LEITE *et al.*, 2011).

A presença de múltiplas doenças pode demandar o uso de muitos medicamentos. Entretanto, em várias circunstâncias, algumas terapias com polifármacos são inadequadas, levando a reações adversas, interações medicamentosas, uso de medicação de forma errada e piora na condição clínica do paciente. (MEDEIROS-SOUZA *et al.*, 2007; GOMES; CALDAS, 2008).

Estudo sobre a tendência em saúde da população idosa entre os anos de 1998-2008 constatou redução de algumas doenças crônicas, como a artrite ou reumatismo, doenças do coração e depressão, enquanto aumentou a incidência da hipertensão arterial e do diabetes. Já em relação à capacidade para realizar atividades da vida diária (AVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD), a prevalência se manteve estável no período estudado (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

No entanto, importante diferença das condições de saúde relaciona-se à faixa etária desse contingente, quando se trata dos idosos mais idosos, ou seja, acima de 80 anos de idade. Nessa fase de vida, os idosos tendem a apresentar maiores limitações para realizar atividades cotidianas, com perda de autonomia e independência, geralmente associada às condições crônicas que gradativamente os levam a maior fragilização (BRASIL, 2011).

O acesso aos recursos de saúde e o modelo assistencial podem influenciar as condições de saúde da população. No Brasil, o modelo de assistência à saúde suplementar encontra-se diante do envelhecimento da população que tem acesso a planos de saúde. Sabe-se que de

35,4 milhões de indivíduos com plano privado de assistência médica, cerca de 12,0% (4,3 milhões) são idosos, enquanto dos 144,2 milhões sem plano médico, cerca de 10,4% (15,0 milhões) estão com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Em consonância com o conceito de envelhecimento ativo, a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) tem proposto reorganizar o modelo assistencial ao idoso, desenvolvendo programas de promoção da saúde ao longo do curso da vida em busca de melhorias na qualidade de vida e da manutenção da capacidade funcional (BRASIL, 2011). Os planos de saúde têm apostado na atenção domiciliar para a atenção voltada para a promoção da saúde e na capacidade de oferecer acompanhamento das condições de saúde e contínuo cuidado.

A assistência domiciliar, por sua vez, depende de uma equipe de saúde na qual se insere a enfermagem, que, diante dessa nova realidade e desse desafio, necessita identificar as demandas de cuidado e desenvolver processos de cuidado com base no contexto da família no cenário do domicílio.

Para o enfermeiro, é de suma importância conhecer as condições de saúde e as características da população idosa para planejar ações que possam efetivamente contribuir para um envelhecimento com mais qualidade. Dessa forma, o objetivo deste estudo é identificar as condições de saúde dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar no âmbito domiciliar.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratória, realizada no domicílio de idosos participantes do programa de atendimento domiciliar de uma instituição de saúde suplementar da cidade de Florianópolis- SC.

No período de coleta de dados – julho a setembro de 2013 – a população do estudo era de aproximadamente 140 idosos, dentre os quais foi obtida amostra de 92 sujeitos.

Foram incluídos os idosos inseridos no programa há mais de sete dias e que manifestaram interesse em participar da presente pesquisa.

Previamente foi realizado contato telefônico em que a pesquisadora se identificou e explicou o objetivo do estudo. Se o

contactado manifestasse interesse em participar, era agendada uma visita domiciliar com data e horário estabelecidos por ele.

Para a coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, após a concordância em participar da pesquisa, era assinado em duas vias, ficando uma com o idoso ou responsável e outra com a pesquisadora.

Para caracterizar o idoso foi utilizado instrumento contemplando variáveis que permitem obter informações sobre sexo, idade, nível de escolaridade, doenças, medicamentos em uso, estado conjugal, arranjo familiar no domicílio e presença do cuidador (familiar ou ocupacional), tempo de participação no programa domiciliar e tipo de cuidados de que necessita.

Para avaliar a cognição, foram utilizados: o teste de Mini Exame do Estado Mental (MEEM); a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que tem como objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa exige para a realizar tarefas motoras e cognitivas; e a avaliação da fragilidade pelo modelo proposto por Friedet *et al.* (2001) (BRASIL, 2006).

Os dados foram armazenados no programa Excel® da Microsoft®. As análises descritivas foram realizadas por meio da ferramenta computacional on-line SStatNet® (NASSAR *et al.*, 2013).

Para desenvolver o presente estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, através do cumprimento das exigências do TCLE. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo Parecer de Nº. 343.656 de 12/08/2013.

RESULTADOS

Foram obtidos 92 sujeitos, dos quais a maior proporção pertencia ao grupo dos idosos longevos, na seguinte proporção: 33,9% na faixa de 80 a 89 anos e 31,5% com 90 anos e mais, o que soma um total de 67,4% de pessoas acima 80 anos de idade participantes do estudo. A média de idade entre os 92 sujeitos foi de 83,2 anos, a mediana de 85,5 e o desvio padrão de 10,3.

A idade dos idosos do gênero masculino variou entre 61 e 97 anos, e das idosas entre 60 e 103 anos. Na distribuição por sexo, a

porcentagem de mulheres é superior à dos idosos em todas as faixas etárias, exceto na faixa dos 60 a 69 anos.

Quanto ao estado civil, há predominância de viúvas, enquanto, entre os casados, a maioria é de homens. A escolaridade apresentou maiores percentagens entre primeiro e segundo grau completos.

A maioria dos idosos reside com algum membro de sua família, representando o total de 79,3% dos arranjos domiciliares, e cerca de 20% residem com empregado e/ou cuidadores não familiares.

Em relação às doenças predominantes na população estudada, foram identificadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (76,1%), Diabetes Mellitus (35,9%), Alzheimer (34,8%), Acidente Vascular Cerebral (33,7%) e Cardiopatias (32,6%) (TABELA 1).

Tabela 1 - Doenças dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80-89 ANOS	90 ANOS ou mais	TOTAL	
PATOLOGIAS	n	n	n	n	n	(%)
HAS	9	16	21	24	70	76,1
DM	5	5	13	10	33	35,9
Doença de Alzheimer	3	3	14	12	32	34,8
AVC	4	7	12	8	31	33,7
Cardiopatias	6	4	10	10	30	32,6
Doença de Parkinson	1	2	4	1	8	8,7
Dislipidemia	4	6	3	8	21	22,8
Doenças Respiratórias	1	3	5	9	18	19,6
Hipotireoidismo	4	3	3	4	14	15,2
Câncer	0	2	6	3	11	12
Osteomusculares	3	2	3	3	11	12
ITU	0	3	4	3	10	10,9
Demência	0	1	4	4	9	9,8
Doenças Neurológicas	2	4	1	2	9	9,8
Doenças Vasculares	1	3	2	2	8	8,7
IRC	1	1	3	1	6	6,5

Depressão	2	2	1	0	5	5,4
Doenças Infecciosas	1	0	2	0	3	3,3
Doenças Oculares	0	0	3	0	3	3,3
Paraplegia	1	2	0	0	3	3,3
Distúrbios Psiquiátricos	1	1	0	0	2	2,2
Desnutrição	0	0	1	1	2	2,2
Senilidade	0	0	0	1	1	1,1
Anemia	0	1	0	0	1	1,1

Quando analisados os medicamentos utilizadas pelos idosos no momento da pesquisa, constatou-se a prevalência das seguintes: anti-hipertensivo (69,9%), antiplaquetário (46,7%), protetor gástrico (39,1%), ansiolíticos (32,6%), neuroprotetores (27,2%), antidiabéticos (26,1%) e diuréticos (23,9%) (TABELA 2).

Tabela 2 - Medicamentos dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA MEDICAMENTOS	60-69	70-79	80-89	90 ANOS	TOTAL	
	ANOS	ANOS	ANOS	ou mais	n	%
	n	n	n	n		
Anti-hipertensivo	9	15	19	21	64	69,6
Antiplaquetário	7	10	14	12	43	46,7
Protetor Gástrico	4	7	14	11	36	39,1
Antidepressivo	4	8	12	10	34	37
Ansiolítico	6	5	10	9	30	32,6
Neuroprotetor	3	3	12	7	25	27,2
Antidiabético Via Oral	4	3	11	6	24	26,1
Diurético	4	1	4	13	22	23,9
Vitaminas	1	3	9	8	21	22,8
Antipsicótico	1	3	4	12	20	21,7
Antiepilépticos	3	4	7	4	18	19,6
Hipotireoidismo	4	3	3	5	15	16,3
Antiarrítmicos	3	2	3	4	12	13
Insulina	2	1	4	4	11	12

Vasodilatador	2	2	0	5	9	9,8
Antieméticos	1	2	3	3	9	9,8
Regulador Intestinal	0	1	6	1	8	8,7
Cálcio	1	2	2	3	8	8,7
Analgésicos	1	1	6	0	8	8,7
Broncodilatadores	1	1	2	4	8	8,7
Antibiótico	1	3	1	2	7	7,6
Antiparkinsoniano	0	2	4	1	7	7,6
Expectorantes	1	1	1	1	4	4,3

Avaliando o número de doenças presentes e de medicamentos usados pelos idosos, observou-se que 52,2% apresentam de 1 a 3 patologias e 47,8% utilizam de 4 a 6 medicamentos (TABELA 3 E TABELA 4).

Tabela 3 - Número de doenças dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.

NÚMERO DE PATOLOGIAS	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80-89 ANOS	90 ANOS ou mais	TOTAL	
	n	n	n	n	n	(%)
1 a 3	5	9	19	15	48	52,2
4 a 6	6	8	13	13	40	43
Mais de 6	1	1	1	1	4	4,3

Tabela 4 - Número de medicamentos usados pelos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar, por faixa etária.

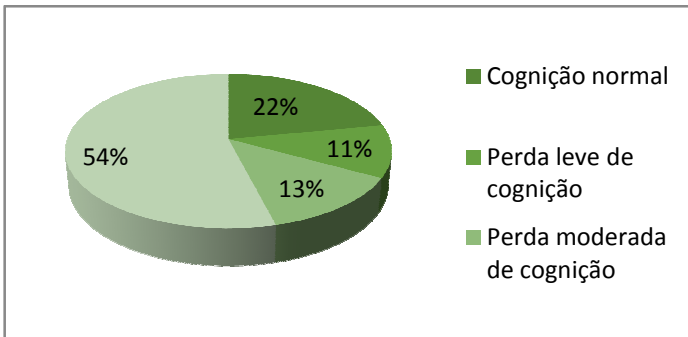
NÚMERO DE MEDICAMENTOS	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80-89 ANOS	90 ANOS ou mais	TOTAL	
	n	n	n	n	n	(%)
1 a 3	3	6	5	5	19	20,7
4 a 6	4	6	17	17	44	47,8
Mais de 6	6	6	9	8	29	31,5

A capacidade funcional foi avaliada através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que tem como objetivo

avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para realizar tarefas motoras e cognitivas de vida diária. No estudo foram encontradas as seguintes características: 17% de idosos independentes, 16% de idosos com assistência modificada de até 25%, 35% com assistência modificada de até 50% e 32% de idosos com dependência total.

Para avaliar a cognição mental foi utilizado o instrumento MEEM que abrange domínios de orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, memória de evocação, cálculo, linguagem - nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Foram encontrados 54% dos idosos com perda de cognição severa e 22% com cognição normal (FIGURA 1)

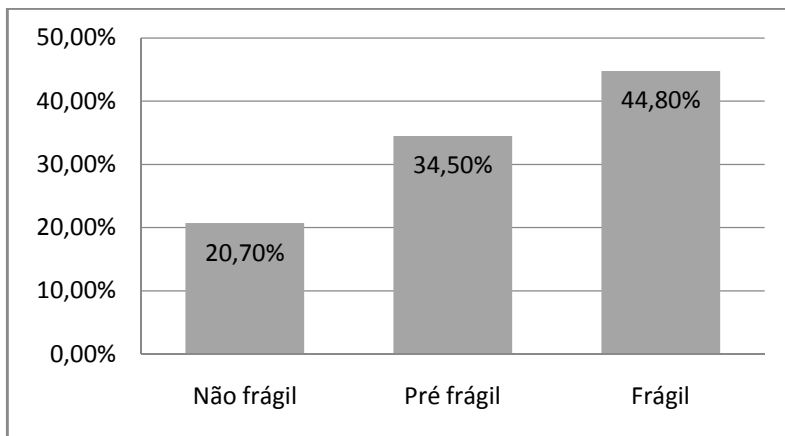
Figura 1 - Distribuição dos valores da cognição mental dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.



Na análise entre a capacidade funcional e cognição mental utilizou-se o teste de Qui Quadrado, encontrando-se forte associação entre as variáveis ($p=0,000001$).

A fragilidade foi avaliada pelo fenótipo de Fried (2001), que compreende cinco itens: perda de peso não intencional; fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão palmar; baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade da marcha em segundos. Entre a população de 92 idosos estudados foi possível avaliar o nível de fragilidade de 29. Tal restrição ocorreu devido à alteração de cognição ou por restrições físicas que impediram a avaliação completa, a partir do modelo proposto (FIGURA 2).

Figura 2 - Nível de fragilidade entre os idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.



DISCUSSÃO

O estudo identificou a prevalência de idosos mais idosos, com média de idade de 83,2 anos, mulheres, viúvas e que residiam com algum membro da família. Assim, mesmo contando com o suporte de um programa domiciliar, a família é importante recurso para assistência dos mais velhos.

Diferentemente de outros, o fato de os idosos deste estudo apresentarem 100% de comorbidades se justifica por sua característica de se encontrar em atendimento domiciliar e necessitando de algum tipo de assistência por diferenciados graus de dependência e fragilidade associadas aos processos patológicos e ao próprio declínio orgânico decorrente da longevidade.

Em concordância, outras populações de idosos estudadas também apresentam elevado índice de patologias prévias. Em pesquisas com idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família, identificou-se que 95,8% informaram ser portadores de, pelo menos, uma condição crônica (MACEDO *et al.*, 2012) e também 85% dos idosos referiram ser portadores de doenças crônicas no estudo de Victor *et al.* (2009), realizado com idosos acompanhados em Unidade Básica de Saúde da Família.

As comorbidades que acometem os idosos os acompanham ao longo dos anos, podendo repercutir de forma negativa em sua qualidade de vida. As comorbidades podem ainda estar relacionadas com algumas complicações, como as cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas, entre outras. Em seu estudo sobre a associação entre comorbidades e risco de morte e reinternação, Sousa-Muñoz *et al.* (2013) identificaram as multimorbidades relacionadas aos índices de mortalidade após hospitalização.

A predominância da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no estudo está de acordo com os dados epidemiológicos da população brasileira. A HAS é apontada como uma das principais causas de internação hospitalar dos idosos no país, caracterizando-se também como fator de risco para diversas patologias do aparelho circulatório, responsáveis pela principal causa de morte no país (FREITAS *et al.*, 2006).

A presença da HAS como condição crônica maisfrequentemente referida neste estudo, assim como a cardiopatia, está em consonância com outras pesquisas (MACEDO *et al.*, 2012; VICTOR *et al.*, 2009). Tais condições crônicas representam patologias que necessitam de tratamento e controle para prevenir possíveis complicações e acompanhamento constante, sendo muitas vezes difícil esse manejo na população idosa, pois requer um suporte social e de saúde que demanda recursos de todas as ordens.

O que neste estudo difere dos citados acima diz respeito à presença do Alzheimer, identificado em 34,8% dos idosos. A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza pelo elevado comprometimento físico e mental, exigindo a necessidade de cuidados constantes (PINTO *et al.*, 2009). Quando considerada a prevalência da DA na população idosa no Brasil, estima-se que 10 a 15% dos idosos com mais de 65 anos apresentam algum indício da doença. A taxa de incidência cresce em média 3% ao ano e praticamente dobra a cada cinco anos.

Do total de idosos com Alzheimer, identificou-se que cerca de 90% apresentavam dependência completa ou dependência modificada em até 50%, representando o alto nível de dependência desse grupo. No estudo de Talmelliet *al.* (2013), a capacidade funcional dos idosos foi comprometida conforme avançou o estágio de demência, e os idosos com demência avançada mostraram dependência completa.

Outra importante característica deste estudo foi a constatação da presença de múltiplas patologias na população. Observou-se que 43 % dos idosos apresentavam de 4 a 6 patologias. As múltiplas patologias se tornam grande desafio assistencial para a população idosa. Veras (2012) salienta que o modelo vigente de saúde prioriza o gerenciamento das patologias crônicas de forma fragmentada, embora a maneira mais adequada fosse a implantação de modelos que funcionem de modo integrado e consigam atender todas as necessidades dos idosos de modo

o a satisfazer a complexidade de demandas decorrentes dessa condição.

A presença de várias patologias poderá exigir uso de muitos medicamentos, seja pelo próprio regime terapêutico proposto, seja de maneira empírica. Os medicamentos mais utilizados no estudo foram os anti-hipertensivos (69,9%), antiplaquetários (46,7%), protetores gástricos (39,1%), ansiolíticos (32,6%), neuroprotetores (27,2%), antidiabéticos (26,1%) e diuréticos (23,9%). Importante salientar que 47,8% dos idosos utilizavam de 4 a 6 medicamentos.

Devido às alterações fisiológicas que ocorrem com o aumento da idade, juntamente com o uso elevado de medicamentos, os idosos se tornam mais propensos a apresentar alguma reação adversa ou interação medicamentosa, além de existirem alguns fármacos que são considerados inapropriados para os idosos (SANTOS; ALMEIDA, 2010).

Em muitas condições clínicas dos idosos, a utilização de diferentes tipos de medicamentos é necessária para o seguimento terapêutico indicado. O uso de polifármaco pela população idosa envolve problemática que deve ser considerada por todos os profissionais envolvidos no seu cuidado, para que se alcance a adesão ao tratamento de forma eficaz. Parte desse processo se relaciona ao papel desenvolvido pela equipe de enfermagem junto ao paciente, seus familiares e cuidadores. Esses profissionais devem orientar, no âmbito domiciliar, a maneira mais adequada e compreensível para a administração de medicamentos na dose e intervalos corretos, minimizando os potenciais riscos existentes.

Quanto à capacidade funcional do grupo de idosos em estudo avaliada pela MIF, foi identificado elevado nível de dependência: 17% dos idosos foram classificados como independentes, 16% com assistência modificada de até 25%, 35% com assistência modificada de até 50% e 32% com dependência total.

Em outras pesquisas realizadas com idosos para avaliar o nível de dependência, encontrou-se população mais independente. Em estudos de base domiciliar realizados com idosos da comunidade urbana, a maioria dos idosos (85,1%) eram independentes (Macedo *et al.* (2012), assim como para Melo *et al.* (2013), em que 95,7% dos idosos foram também classificados como independentes.

O processo de dependência do idoso vivido no domicílio demanda cuidados, impactando diretamente as relações da família, que ainda hoje é considerada a principal fonte de apoio e suporte aos idosos. Ainda que o país tenha evoluído, e essa evolução tenha trazido alterações nas estruturas familiares, o âmbito domiciliar e familiar é uma escolha importante para a manutenção do idoso quando ele necessita do auxílio de outras pessoas.

O presente estudo mostra que 79,3% dos idosos conviviam com algum membro de sua família, sendo que 32,5% eram assistidos por um cuidador familiar. Assim, mesmo quando não realiza o cuidado direto, a família se torna responsável pela manutenção da vida dos idosos e por atender suas necessidades de cuidado.

Quanto à cognição mental avaliada através do MEEM, observou-se que grande parcela da população apresentava algum nível de alteração cognitiva: 54% com perda de cognição severa, 13% com perda de cognição moderada, 11% com perda de cognição leve e 22% com cognição normal. Analisando-se a relação entre capacidade funcional e cognição mental, verificou-se forte associação entre essas variáveis.

Algumas alterações cognitivas podem ocorrer devido ao próprio processo de envelhecimento do idoso. Entretanto, algumas alterações podem estar associadas ao desenvolvimento de demências, que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência (BRASIL, 2006).

No presente estudo, 56 idosos com alteração cognitiva grave encontravam-se com dependência elevada. Na alteração cognitiva associada à dependência funcional, o idoso exige mais cuidado, pois precisa de auxílio para realizar atividades motoras básicas e as atividades que demandam raciocínio e tomada de decisão.

A fragilidade foi medida pelo fenótipo proposto por Friedet *al.* (2001), sendo possível aplicá-lo de forma completa somente a 29 idosos (31,5%). Os demais apresentaram algum tipo de restrição cognitiva ou motora que impediram o uso adequado do instrumento. Entre os idosos

que puderam ser avaliados, 20,7% estão na condição de não frágeis, 34,5% pré-frágeis e 44,8% frágeis.

O modelo proposto por Friedet *al.* (2001) mostrou-se limitado para ser utilizado para essa população, pois exige avaliação física e motora. Neste estudo, 50% dos idosos estavam restritos ao leito e apresentavam elevado nível de dependência, comprometendo a avaliação do fenótipo.

A determinação dos níveis de fragilidade é de extrema importância na prática geriátrica, especialmente para a tomada de decisão que poderia prevenir situações de fragilidade instalada. Entretanto, para idosos com alto nível de necessidade de saúde, como os inseridos no programa de atendimento domiciliar, deve ser proposta uma avaliação mais adequada e rápida para ser incluída na prática domiciliar.

Utilizando-se o conceito de Hekan (2006), que considera frágil o idoso que apresenta reduzida capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, resultando em declínios cumulativos de múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos, podemos considerar que os idosos não avaliados estavam de alguma maneira frágeis ou vulneráveis.

Dessa forma, devido ao pequeno número de idosos avaliados pelo fenótipo de fragilidade, foram analisadas as frequências observadas entre capacidade funcional e fragilidade. Foi identificado que os idosos com menor nível de incapacidade funcional apresentaram condição de não fragilidade ou de pré-fragilidade, representando 13,8% do total.

Na mesma perspectiva de análise das frequências, contactou-se que os idosos com nível de cognição mais preservada apresentaram condição de não fragilidade ou de pré-fragilidade, representando 51,2% do total.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a análise das condições de saúde dos idosos permitiu-nos conhecer e melhor compreender as características das doenças e de dependência dos idosos acompanhados pelo programa de assistência domiciliar.

A pesquisa revelou que a grande maioria dos idosos era de mulheres, com média de idade de 83,2 anos, residindo com algum

membro de sua família. Observou-se ainda elevado número de doenças associadas ao uso de polifármacos. O manejo das doenças crônicas é desafiador, uma vez que acompanham os idosos ao longo dos anos, repercutindo com possíveis complicações e limitações, como ficou evidenciado no estudo.

A implantação de programas que visem a promover a saúde dos idosos, em condições crônicas já instaladas, é essencial para população já envelhecida e que necessita preparar-se para viver melhor, adiando ou evitando processos incapacitantes.

O nível de dependência dos idosos foi elevado, bem como as alterações cognitivas graves: 32% de idosos apresentavam dependência total e 54% perda de cognição severa, repercutindo em suas condições de saúde e necessitando de cuidado no domicílio. Assim, destaca-se a importância da avaliação cognitiva e funcional para adequar o planejamento de ações que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso, dando apoio e capacitando os cuidadores para um acompanhamento qualificado.

Os programas de assistência domiciliar visam à permanência dos idosos no domicílio; entretanto, as características de saúde encontradas na população exigem uma rede de suporte e apoio fortalecida para atender tal realidade.

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica 19.** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos.** Rio de Janeiro, Junho, 2010, 2ª Ed. Revisada. Disponível em: < www.ans.gov.br/.../1762-caderno-de-informacao-da-saude-suplementar >. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012.** Brasília. 2012.

BRASIL. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. 2012. Disponível em: <

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb_IBGE. Acesso em: 12 jan. 2014.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology**, v. 56A, n. 3, p. 146-156, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156> > Acesso em: 09 mai. 2012.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Rev. Do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Jan./Jun, 2008. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=195 >. Acesso em: 15 mar. 2014.

HEKMAN, P. R. W. O idoso frágil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 195. p. 926- 929.

IBGE -INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LEITE, M. T. et al. Caracterização e condições de saúde de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 71-79, 2010. Disponível em: < <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1098/pdf> >. Acesso em: 12 jan. 2014.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2203, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, p. 3689-3696, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MACÊDO, A. M. L. et al. Avaliação funcional de idoso com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 358-363, 2012.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007. Acesso em: 15 mar. 2014.

MEDEIRO-SOUZA, P. et al. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1049-1053, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/6063.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2014.

MELO, R. L. P. et al. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 239-250, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf. Acesso em: 15 mar. 2014.

MORAES, E. N. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso.**

Disponível em:

http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 12 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília, 60, p. 2005.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-657. 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf. Acesso em: 15 mar. 2014.

SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimeciação no idoso. **Rev. de Enfermagem Referência.** n. 2, p. 149-162, Dez., 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf. Acesso em: 15 mar. 2014.

SOUZA-MUÑOZ, R. L. et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 579-589, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000300015&script=sci_arttext . Acesso em: 15 mar. 2014.

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-250, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, Out., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

5.3 MANUSCRITO 03: SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR, NO ÂMBITO DOMICILIAR.

Luciana de Fátima LeiteLourenço
AngelaMariaAlvarez

Sobrecarga do Cuidador Familiar, no Âmbito Domiciliar

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizada com idosos assistidos por um programa de atendimento domiciliar da saúde suplementar, na cidade de Florianópolis (SC). O objetivo foi de avaliar a sobrecarga do cuidador familiar dos idosos no âmbito domiciliar. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2013, no domicílio, tendo como sujeitos 30 cuidadores familiares. Para a caracterização dos sujeitos foi utilizado um instrumento para a identificação do sexo, idade, doenças prévias, medicações em uso, e tempo de cuidado ao idoso. Para avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se a escala APGAR familiar que permite verificação de indícios de disfunção familiar e a percepção das pessoas sobre suas famílias como um apoio ou como um fator estressor. A avaliação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores foi realizada utilizando-se o instrumento ZARIT. Em relação à presença de cuidadores, 35,9% eram cuidadores formais e 32,5% cuidadores familiares, sendo estes predominantemente mulheres, com média de idade de 56,1 anos. Cerca de 80% dos cuidadores familiares apresentam patologias prévias, sendo a hipertensão arterial e a depressão as mais predominantes. Identificou-se que 51,6% relatam boa funcionalidade familiar e 45,2% dos cuidadores estão com sobrecarga moderada a severa. O ato de cuidar de um adulto dependente demanda esforço físico do cuidador em maior ou menor grau. A família como unidade de cuidado, precisa estar incluída no plano de cuidado dos profissionais de saúde.

Palavra-Chave: Idosos.Assistência domiciliar. Cuidador familiar.

Caregiver overload among the Home Field

ABSTRACT

A quantitative study with a cross-sectional and exploratory approach, developed among assisted elderly of a home care program of supplemental health in the city of Florianópolis (SC). The objective was to evaluate the overload of the family caregiver of elderly among the home environment. The data was collected in the months of July to September 2013 through home visits with a sample of 30 family caregivers. An instrument for the identification of sex, age, previous diseases, medications and elderly care time was used in order to characterize the subjects. The family APGAR scale allows the verification of the evidence of family dysfunction and the perception of people about their families as a support or as a stressor factor. The assessment of the workload of caregivers was conducted by using the ZARIT instrument. With regards the presence of caregivers, 35.9% were formal caregivers and 32.5% were family caregivers, being predominantly female with a mean age of 56.1 years. Approximately 80% of family caregivers had previous pathologies, being high blood pressure and depression the most prevalent. It was found that 51.6% reported adequate family functioning and 45.2% of caregivers had moderate to severe overload. The act of caring of a dependent adult caregiver demands physical efforts on a greater or lesser degree. The family as the unit of care needs to be included in the plan of care of health professionals.

Keywords: Elderly. Home care. Family caregiver.

Sobrecarga del Cuidador Familiar en el Ámbito Domiciliar

RESUMEN

Investigación cuantitativa, transversal y exploratoria, realizada con ancianos asistidos por un programa de atención domiciliar de salud suplementaria en la ciudad de Florianópolis (SC). El objetivo fue evaluar la sobrecarga del cuidador familiar de los ancianos en el ámbito domiciliar. La recolección se dio en los meses de julio a septiembre de 2013 por medio de visita domiciliar con una muestra de 30 cuidadores familiares. Para la caracterización de los sujetos se utilizó un instrumento para la identificación del sexo, edad, enfermedades previas, medicaciones en uso, y tiempo de cuidado al anciano. Para la evaluación

de la funcionalidad familiar se utilizó la escala APGAR familiar que permite la verificación de indicios de disfunción familia y la percepción de las personas sobre sus familias como un apoyo o como un factor estresor. La evaluación de la sobrecarga de trabajo de los cuidadores fue realizada utilizando el instrumento ZARIT. Con relación a la presencia de cuidadores 35,9% eran cuidadores formales y 32,5% cuidadores familiares, siendo predominantemente mujeres con promedio de edad de 56,1 años. Cerca del 80% de los cuidadores familiares presentaron patologías previas, siendo la hipertensión arterial y la depresión las más predominantes. Se identificó que 51,6% relataron adecuada funcionalidad familiar y 45,2% de los cuidadores están con sobrecarga moderada y severa. El acto de cuidador de un adulto dependiente demanda esfuerzo físico del cuidador en mayor o menor grado. La familia como unidad de cuidado necesita estar incluida en el plano de cuidado de los profesionales de salud.

Palabras llave: Ancianos. Asistencia domiciliar. Cuidador familiar.

INTRODUÇÃO

O atual envelhecimento populacional vem provocando grandes mudanças no perfil social, econômico e epidemiológico do país. Segundo dados do IBGE, a estimativa para 2030 é que o número de idosos ultrapasse o de crianças e adolescentes, atingindo 64 milhões em 2050 (IBGE, 2010).

Concomitantemente à mudança demográfica populacional ocorre também uma impactante alteração na estrutura familiar, que reflete na maneira de as pessoas encararem o cuidado de seus entes no contexto familiar.

Segundo Alves e Cavenaghi (2005), os últimos dados demográficos mostram uma redução no tamanho das famílias, principalmente no número de crianças, sendo a família nuclear representada pelo casal e um ou dois filhos. Houve também um aumento dos domicílios compostos por casais sem filhos e das famílias monoparentais (mães ou pais com filhos). Os domicílios unipessoais (não família) também tendem a crescer, enquanto, em compensação, com o aumento da expectativa de vida, o número de idosos tende a aumentar no seio das famílias.

A reflexão sobre as características da família é fundamental no campo geriátrico, uma vez que o aumento da longevidade traz também

como característica a permanência dos idosos por mais tempo no ambiente domiciliar e familiar. Segundo dados do IBGE, em 2009 11,6% dos idosos residiam em domicílios com outro parente ou como agregado, ou seja, não chefiavam, nem eram cônjuges do chefe do domicílio em que residiam, condição essa mais frequente entre as mulheres. Essa situação pode indicar algum tipo de dependência, seja por falta de renda, seja por incapacidade funcional (BRASIL, 2010).

A diminuição dos membros familiares pode resultar em transformação do papel do cuidador no domicílio. Alvarez e Gonçalves (2012) salientam que essas mudanças demográficas podem resultar também no aumento da contratação de cuidadores ocupacionais, quando os membros das famílias não conseguem desempenhar esse papel.

Os idosos com algum tipo de incapacidade, comprometendo a habilidade para realizar as atividades básicas da vida diária no domicílio, necessitam de alguém que possa auxiliá-lo na realização de suas tarefas, aparecendo a figura do cuidador (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010; BRONDANI; BEUTER, 2012). Entre as atividades do cuidador se incluem o auxílio na higiene pessoal, alimentação, locomoção, administração de medicamentos e curativos, necessitando o cuidador de alguma capacitação para realizá-las com segurança (BRASIL, 2006; BRONDANI; BEUTER, 2012).

Quando se opta pela assistência domiciliar, deve ser considerada a necessidade de um cuidador familiar. Contudo, nesse caso, devem ser ponderadas as várias mudanças que ocorrerão na estrutura doméstica e na vida do cuidador. Entre as mudanças, pode-se considerar o processo de adaptação a essa nova organização, uma possível inversão de papéis, problemas de relacionamento, redução do convívio social do cuidador, aumento de gastos financeiros e acúmulo de atribuições, dentre outras (BRONDANI; BEUTER, 2012; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

A atividade de cuidar do idoso dependente é descrita por muitos como uma tarefa exaustiva e estressante, sendo influenciada por fatores relacionados ao próprio cuidador ou ainda à pessoa que é cuidada, bem como do ambiente no qual o cuidado é prestado e do suporte social e de saúde disponível (NARDI; SAWADA; SANTO, 2013; FERNANDES; GARCIA, 2009).

Ainda que uma pessoa assuma o papel de cuidador principal, toda a família é afetada diante da condição de doença de um de seus membros. Segundo Elsen (2004), a família pode ser considerada como

um sistema de saúde para seus membros, manifestado através de valores, crenças, e conhecimentos que direcionam suas práticas de cuidado.

Tais aspectos devem ser fortemente investigados pela equipe que acompanha o atendimento domiciliar, considerando o planejamento da assistência não somente ao idoso, mas também ao responsável principal pelos seus cuidados (CANGA; VIVAR; NAVAL, 2011).Elsen (2004) alerta que o processo de doença pode provocar alterações estruturais na dinâmica cotidiana da família, sendo de fundamental importância o papel dos profissionais de saúde para apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la nessas condições de fragilidade.

Assim, para o alcançar uma assistência domiciliar satisfatória, é essencial considerar os aspectos que envolvem os cuidadores familiares e o ambiente que os circunda. Para tanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a sobrecarga do cuidador familiar dos idosos assistidos pelo sistema de saúde suplementar, no âmbito domiciliar.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e exploratório, realizada com cuidadores familiares de idosos inseridos no programa de atendimento domiciliar de instituição de saúde suplementar, na cidade de Florianópolis- SC.

Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2013, no domicílio de 92 idosos, sendo identificados 30 cuidadores familiares, sujeitos da presente pesquisa.

Através de contato telefônico, foi agendada visita domiciliar para a coleta de dados. Consentida a participação na pesquisa, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o participante e uma com a pesquisadora.

Foi utilizado um instrumento para identificar o cuidador, caracterizando-o em familiar, formal ou informal, o tempo de horas diárias de cuidado, se era portador de doenças e se usava medicamentos contínuos.

Para avaliar a funcionalidade familiar utilizou-se a escala APGAR familiar que permite identificar indícios de disfunção familiar e a percepção das pessoas sobre suas famílias como apoio ou como fator estressor. O APGAR é um acrônimo de **A**daptation, **P**artnership, **G**rowth, **A**ffection e **R**esolve. Esse instrumento foi traduzido, adaptado e

validado na língua portuguesa e se mostra eficiente teste de avaliação rápida (BRASIL, 2006). A sobrecarga de trabalho dos cuidadores foi avaliada utilizando-se o instrumento ZARIT, que compreende sentimentos referidos pelo cuidador em relação ao cuidado prestado, ao cuidado solicitado pelo idoso e ao cuidado de si.

Os dados foram armazenados no programa Excel® da Microsoft®. As análises descritivas foram realizadas por meio da ferramenta computacional on-line SStatNet® (NASSAR *et al.*, 2013).

A realização deste estudo seguiu todos os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, através do cumprimento das exigências do TCLE. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo Parecer de Nº. 343.656 de 12/08/2013.

RESULTADOS

Dos 92 idosos visitados, a pesquisadora encontrou 30 cuidadores familiares sujeitos do estudo. A maioria dos idosos era do sexo feminino (60,87%), viúvos (53,26%), com idade média de 83 anos, sendo a maior proporção pertencente ao grupo dos idosos longevos (67,5%), acima de 80 anos de idade.

No arranjo domiciliar, 79,3% dos idosos residem com algum membro de sua família, enquanto 20,7% residem com cuidadores ou empregados. Quanto à presença de cuidadores, a maioria dos sujeitos dispõe de cuidadores formais (35,9%). Os cuidadores familiares representaram 32,5% (n=30), predominantemente mulheres, com média de idade de 56,1 (dp=15,3) (TABELA 1 e TABELA 2).

Tabela 1-Identificação de cuidadores dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES		
PRESEÇA DE CUIDADOR	n	(%)
Não possui cuidador	7	7,6
Familiar	21	22,7
Formal	33	35,9
Informal	19	20,7

Familiar+Formal	3	3,3
Familiar+Informal	6	6,5
Formal+Informal	3	3,3

Tabela 2 - Caracterização dos cuidadores familiares dos idosos assistidos no programa de atendimento domiciliar.

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR		
	n	(%)
Grau de parentesco do cuidador familiar		
Esposa (o)	12	40
Filha (os)	12	40
Nora	4	13,3
Outro	2	6,7
Gênero do cuidador familiar		
Feminino	26	86,7
Masculino	4	13
Horas de cuidado		
4 a 6 horas	1	3,3
6 a 12 horas	1	3,3
Mais de 12 horas	28	93,3
Presença de doenças prévias		
Não	6	20
Sim	24	80
Uso de medicamentos contínuos		
Não	8	26,7
Sim	22	73,3

No aspecto condições de saúde dos cuidadores familiares, 80% apresentam alguma doença, predominando a hipertensão arterial (41,9%) e a depressão (25,8%). O uso de medicamentos contínuo acompanha as patologias predominantes na seguinte proporção: 38,7% utilizam anti-hipertensivos e 35,5% antidepressivos (TABELA 3 e TABELA 4).

Tabela 3 - Doenças prévias dos cuidadores familiares

DOENÇAS CUIDADOR FAMILIAR		
DOENÇAS	n	(%)
HAS	13	41,9
Depressão	8	25,8
Osteomuscular	7	22,6
Cardiopatía	5	16,1
Dislipidemia	4	12,9
DM	4	12,9
Doenças neurológicas	3	9,7
Câncer	2	6,5
Vascular	1	3,2
Doença respiratória	1	3,2

Tabela 4- Medicamentos de uso contínuo dos cuidados familiares

MEDICAMENTOS CUIDADOR FAMILIAR		
MEDICAMENTOS	n	(%)
Anti-hipertensivo	12	38,7
Antidepressivo	11	35,5
Medicamentos para reduzir colesterol	5	16,1
Antidiabético Via Oral	4	12,9
Medicamento para hipotireoidismo	3	9,7
Protetor gástrico	3	9,7
Analgésico	3	9,7
Antiepiléptico	2	6,5
Antiarrítmicos	2	6,5
Cálcio	2	6,5
Insulina	1	3,2
Vasodilatador	1	3,2
Broncodilatadores	1	3,2

Na avaliação da funcionalidade familiar e da sobrecarga do cuidador, foram identificados 51,6% com boa funcionalidade e 45,2% dos cuidadores com sobrecarga de moderada a severa. (TABELA 5 e TABELA 6)

Tabela 5 - Funcionalidade familiar, na perspectiva dos cuidadores familiares

FUNCIONALIDADE FAMILIAR – APGAR		
	n	(%)
Boa Funcionalidade	16	51,6
Moderada disfunção familiar	9	29
Elevada disfunção familiar	6	19,4

Tabela 6 - Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar

SOBRECARGA DO CUIDADOR – ZARIT		
	n	(%)
Ausência de sobrecarga	0	0
Sobrecarga moderada	6	19,4
Sobrecarga moderada a severa	14	45,2
Sobrecarga severa	11	35,5

Quando verificadas as relações entre capacidade funcional e sobrecarga do cuidador, essas variáveis foram agrupadas para possibilitar a análise estatística adequada. Assim, a variável para capacidade funcional foi determinada como idosos menos dependentes e idosos mais dependentes, enquanto a variável para sobrecarga do cuidador foi definida como sobrecarga menos severa e sobrecarga mais severa.

O resultado encontrado com o teste exato de Fischer não foi significativo para a associação entre as variáveis, sendo valor de $p=0,741$.

Foi verificada também a relação entre as variáveis funcionalidade familiar e sobrecarga do cuidador através do teste de Qui Quadrado, não havendo significância estatística entre ambas, com valor de $p=0,389$.

DISCUSSÃO

Entre os 92 idosos participantes da pesquisa, a maioria (79,3%) reside com algum membro de sua família. Em relação à presença de cuidadores, apenas 7,6% não necessitavam da sua assistência, enquanto os cuidadores familiares representaram 32,5% (n=30), predominantemente mulheres, com média de idade de 56,1 anos (dp=15,3).

A despeito de alguns estudos que apontam aumento do número de cuidadores do gênero masculino, o presente estudo ainda corrobora a grande maioria dos achados, com a predominância das mulheres realizando tais atividades de cuidado, tanto no aspecto familiar quanto profissional. (GRATÃO *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2011; PIMENTA *et al.*, 2009)

A média de idade dos cuidadores familiares foi de 56,1 anos ($\pm 15,3$), resultado semelhante aos de outros estudos (GRATÃO *et al.*, 2013; GRATÃO *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2011), e quanto à jornada de trabalho, predominou a superior a 12 horas/dia de cuidado ao idoso.

A existência do cuidador foi predominante no presente estudo, por se tratar de população que se encontra sob assistência domiciliar. Apenas 7,6% dos idosos entrevistados não necessitavam de cuidadores, enquanto 35,9% eram assistidos por cuidadores formais e 32,5% por cuidadores familiares.

O grau de parentesco do cuidador familiar identificado na pesquisa, demonstrou que tal tarefa ficou sob a responsabilidade do cônjuge ou dos filhos (as), em igual proporção, resultado semelhante aos de outros estudos (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013; DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012). Nesse caso, deve-se considerar que 75% dos idosos assistidos por seus filhos (as) eram viúvos e esses cuidadores, em sua maioria, eram mulheres idosas.

Na avaliação do arranjo domiciliar dos idosos, verificou-se que a maioria residia em domicílios multigeracionais, em que coabitavam principalmente com cônjuges e filhos (as). Esses dados estão de acordo com outros estudos, que ainda apontam a importância da convivência entre diferentes gerações para estabelecer distintas formas de relações; e, neste caso, a relação caracterizada pelo cuidado ao idoso (GRATÃO *et al.*, 2012; CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Analisando as condições de saúde dos cuidadores familiares, a grande maioria relatou ser portador de alguma doença prévia (80%) e também utilizar algum medicamento de forma contínua (73,3%). Entre as doenças predominantes, encontrou-se a hipertensão arterial (41,9%) e a depressão (25,8%).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Seima e Lenardt (2011), no qual as patologias mais encontradas também foram a hipertensão arterial e a depressão, e os medicamentos mais citados foram anti-hipertensivos e antidepressivos. O estudo de Truzzi *et al.* (2012), com cuidadores familiares de pacientes com demência, demonstrou que a depressão foi fortemente associada com a exaustão emocional.

Fonseca, Penna, Soares (2008) relatam a sobrecarga emocional no estudo realizado com cuidadores familiares. Tal aspecto relacionou-se com: insatisfação na condição de cuidador, exaustão emocional, falta de reconhecimento pelo trabalho, solidão, tristeza pela condição de dependência do idoso e sentimento de nervosismo e impaciência.

Todos os cuidadores que apresentavam depressão estavam associados a sobrecarga de moderada a severa ou sobrecarga severa, e a avaliação da dinâmica familiar, na perspectiva dos cuidadores familiares, através da aplicação do APGAR, revela que a maioria (51,6%) identifica sua família como tendo boa funcionalidade.

Quando avaliada a funcionalidade familiar na perspectiva dos idosos, identificou-se divergência entre os estudos encontrados. Gonçalves *et al.* (2011), avaliando o convívio e dinâmica familiar com idosos na quarta idade, encontraram alta disfuncionalidade familiar. Contrariamente, outro grupo com idosos na quarta idade revelou que a maioria deles (85%) vê sua família com boas relações e boa funcionalidade (POLARO *et al.*, 2013).

Quando analisada a relação entre as variáveis funcionalidade familiar e sobrecarga do cuidador, através do teste de Qui Quadrado, não houve significância estatística entre ambas.

De acordo com diagnóstico de sobrecarga, o presente estudo revelou que nenhum cuidador apresentou ausência de sobrecarga: 45,2% apresentaram sobrecarga de moderada a severa, divergindo de outros estudos, nos quais predominou a sobrecarga moderada (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013; STACKFLETH, 2012, GRATÃO *et al.*, 2012).

As variáveis capacidade funcional e sobrecarga do cuidador não apresentaram relação significativa. Entretanto, refletindo-se sobre o

elevado índice de sobrecarga de moderada a severa encontrada, devemos considerar o alto nível de dependência que caracteriza a população estudada. Outros estudos apontam também maiores chances de sobrecarga do cuidador relacionada a maior dependência do idoso (GRATÃO *et al.*, 2013; GRATÃO *et al.*, 2012).

Na análise das características do idoso relacionadas à sobrecarga do cuidador, verificou-se que não existe relação da idade dos idosos com a sobrecarga dos cuidadores. No seu estudo, Gratão *et al.* (2013) constataram que cuidadores que auxiliam idosos de 65 a 69 anos são mais sobrecarregados que os que cuidam de idosos mais velhos, embora estes dados não tenham sido estatisticamente significativos.

O ato de cuidar de um adulto dependente demanda esforço físico do cuidador em maior ou menor grau, conforme o grau de dependência do paciente, sendo a sobrecarga relacionada ao cuidado um importante aspecto que deve ser considerado na avaliação global do idoso e de quem cuida (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Muitos familiares apontam a tarefa de cuidar como algo exaustivo e estressante, por envolver relações afetivas e emocionais (FERNANDES; MELO; GARCIA, 2009).

Armayer (2010) enfatiza que no processo de dependência dos idosos, a família deve ser o foco de atenção à saúde, especialmente pelas alterações que o envolvem, preparando-os para assumir o papel como cuidadores no âmbito domiciliar.

Como unidade de cuidado, a família precisa estar incluída no plano de cuidado dos profissionais de saúde. Ela deve ser considerada como um sistema, onde existe a interação entre seus membros e que uma condição de dependência poderá afetar sua funcionalidade e sua dinâmica. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007). Alguns autores demonstraram que compreender o idoso inserido na sua família é uma ferramenta necessária para que a enfermagem possa planejar a assistência voltada para a realidade cultural e a dinâmica familiar (SILVIA; GALERA; MORENO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estudo sobre cuidadores familiares de idosos no âmbito domiciliar permitiu-nos avaliar a sobrecarga que eles sofrem e como eles avaliam a funcionalidade familiar.

A sobrecarga é um risco a que os cuidadores estão expostos rotineiramente, uma vez que o cuidado prestado no domicílio a um membro da família envolve desgaste emocional, físico e psicológico. Na pesquisa, o nível de sobrecarga diagnosticada entre os cuidadores foi muito elevado, mesmo tendo como suporte o programa de assistência domiciliar, demonstrando a grande importância de incluir a família, e principalmente o cuidador principal, no planejamento da assistência ao idoso.

Mesmo com uma sobrecarga elevada, a maioria dos entrevistados considerou sua família como tendo boa funcionalidade. Assim, os profissionais responsáveis pelo cuidado devem avaliar periodicamente a estrutura familiar, buscando estratégias para que a responsabilidade pelo cuidado não recaia somente sobre uma pessoa, mas que possa também ser compartilhado por todos que coabitam com os idosos.

A enfermagem tem papel preponderante no cuidado domiciliar de pessoas idosas, e, nesse conjunto, inclui-se o cuidado ao cuidador. Acompanhar e orientar sobre o cuidado é responsabilidade da enfermagem, especialmente nos casos mais críticos, seja pela dependência do idoso, seja pela presença de conflitos familiares.

Seus programadores devem buscar estratégias para que realmente o atendimento domiciliar se torne um modelo assistencial eficaz para atender as necessidades dos idosos e suas famílias. Caso contrário, estarão somente repassando a responsabilidade às famílias, sem compartilhar uma realidade que envolve toda a sociedade nas esferas pública e privada.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Rev. Brasileira de Enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 715-760, Set./Out., 2012. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/01.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica 19.** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 2006. 192 p.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. Relato de experiências do acompanhamento de cuidadores familiares e assistência domiciliar. In:

MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar. Atualidade da assistência de enfermagem.** Ed. Rubio: Rio de Janeiro, 3360, 2012.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio. Uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, Jan./Jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>> Acesso em: 07 jul. 2012.

CANGA, A.; VIVAR, C. G.; NAVAL. C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para um abordaje familiar. **An. Sist. Sanit. Navar.** Pamplona, v. 34, n. 3, p. 463-469, 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/revision3.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliarem comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159- 1165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2012.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S.; **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2 ed. Ed. Eduem: Maringá, 2004, p. 19- 28.

FERNANDES, M. G.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-399, Maio/Jun., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a07.pdf> > Acesso em: 07 jul. 2012.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, Maio/Jun., 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf > Acesso em: 15 jan. 2014.

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidador familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, Abr./Jun., 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

GRATÃO, AL. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

IBGE -INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 10 nov. 2011.

MIGUEL, M. E. G. B.; FIGUEIRA, M. O.; NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. **Rev. F@pciência**. Apucarana, v. 6, n. 14, p. 118-127, 2010.

Disponível em: <

http://www.fap.com.br/fapciencia/006/edicao_2010/014.pdf> Acesso em: 15 jan. 2014.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar.

Rev. Latino- Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 25, n. 5, Set./Out., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf > Acesso em: 15 jan. 2014.

NASSAR, Silvia M., WRONSCKI, Vilson R., OHIRA, Masanao et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net> . Florianópolis - SC, Brasil.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc. Cuid. Saúde**.

Maringá, v. 11, n. 1, p. 129-137, Jan./Mar., 2012. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18869/pdf> > Acesso em: 07 jul. 2012.

PIMENTA, G. M. P. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal.

Rev. Esc. Enfermagem USP. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n3/a16v43n3.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, Mar./Abr., 2013. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf> > Acesso em: 07 jul. 2012.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, Ago./Dez., 2011. Disponível em: <

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/fass/article/view/9901/7341> > Acesso em: 07 jul. 2012.

STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/19.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2012.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a10.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, é possível afirmar que alcançaram-se os objetivos proposto pela pesquisa, identificando as condições de saúde e necessidade de cuidado do idoso, inseridos em programa de assistência domiciliar da saúde suplementar, bem como de avaliar a funcionalidade familiar dos idosos assistidos por cuidadores familiares.

Observamos que os idosos apresentam condições de saúde que geram importante demanda de cuidado, considerando a carga de doença apresentada. A manutenção dos idosos convivendo com algum membro de sua família, seja como cuidador ou como mantenedor, ainda é a principal escolha como recurso de vida para esta população.

O domicílio desperta crescente atenção como recurso assistencial da população idosa, entretanto os modelos assistenciais vigentes não estão totalmente preparados para atender a pessoa idosa, e esta, cada vez mais longeva. Em muitas circunstâncias os idosos que recebem atendimento domiciliar se encontram em condições de fragilidade e vulnerabilidade tão graves, que não é possível implementar medidas de recuperação, mas somente de manutenção de sua vida.

A adaptação a uma condição de dependência do membro idoso da família exige um grande esforço físico e emocional por parte de seus entes. O fortalecimento das práticas de cuidado no domicílio precisa estar pautado no pressuposto cultural de cada família, para que o cuidado seja significativo para quem realiza e para quem o recebe.

Importante destacar que a modalidade de assistência domiciliar concentra idosos com casos clínicos complexos com possibilidade de agravamento rápido de seu estado sugerindo que o apoio ao cuidado para essas famílias deva ser estruturado de forma a tornar possível uma assistência domiciliar de qualidade com comprometido de uma equipe capacitada para dar solução às exigências advindas dos desequilíbrios próprios da condição de saúde apresentada pelos idosos e identificada nesse estudo.

Como os idosos estão vivendo mais, é necessário um esforço de todos, para que os processos incapacitantes se desenvolvam o mais tardiamente possível, pois o peso maior irá recair sob as famílias que terão que manter e cuidar de idosos dependentes por longos anos.

Antevendo a condição de dependência no domicílio é importante refletir esse idoso com foco a promoção de um viver mais saudável, que preserve sua capacidade funcional por mais tempo.

Destacamos para a necessidade de implantação de avaliações sistemáticas, que possam ser realizadas por profissionais e também por familiares, com o objetivo de identificar possíveis complicações e deteriorização de forma mais rápida e efetiva à população idosa, no domicílio. Assim também sugerimos o desenvolvimento de pesquisas qualitativas para a compreensão dos sentimentos dos idosos e familiares que possuem como rede de apoio a assistência domiciliar.

REFERÊNCIAS

AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 37, p. 396-401.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

ALVAREZ, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na saúde do idoso. **Programa de Atualização**, v. 03, p. 115-152, 2012.

ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Rev. Brasileira de Enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 715-760, Set./Out., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/01.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

ALVAREZ, Angela Maria et al. **Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem**. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, v.66, n.spe, pp. 177

ALVES, M. J. M. et al. Perfil da Capacidade Funcional do Idoso. In: **XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 2008, Caxambu, MG. Anais eletrônicos. Caxambu, MG: ABEP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2012.

AMARAL, N. N.; et al. Assistência domiciliar a saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev. Neurociência**, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2013.

ANDRÉN, S.; ELMSTAHL, S. The relationship between caregiver burden, caregiver's perceived health and their sense of coherence in

caring for elders with dementia. **JournalofClinicalNursing**, v. 17, p. 790-799, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18279282> > Acesso em: 15 dez. 2012.

ARAÚJO, C. L.O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 119-137, mar 2012.

ARAULO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>> Acesso em: 30 out.. 2012.

ARGENTA, C. Fatores de risco para a síndrome da fragilidade no idoso: contribuições para a elaboração de diagnósticos de enfermagem. 2012. 98 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do rio Grande d Sul, Porto Alegre, 2012.

ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 3, p. 339-345, Jul/Set., 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6505/3860>> Acesso em: 15 dez. 2012.

BERGMAN, H. et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. **Fond. Nationale de Gérontologie**. V. 2, n. 109, p. 15- 29, 2004. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2004-2-page-15.htm>> Acesso em: 23 out. 2012.

BERGMAN, H. et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. **J Gerontol**, v. 62 A, n. 7, p.731-7, 2007.

BRANDÃO, A. P. et al. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 46, p. 459- 472.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do IPEA. **Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011**. Brasília, DF, 2012. 28 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/121011_comunicadoipea157.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar**. 2012. Disponível em: <<http://ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/765-livros.pdf>> Acesso em: 13 mai. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. 192 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006, 72p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf> Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS- por local de residência- Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/morbidade_etaria.pdf> Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. 148 p. Disponível em: < Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da Saúde. Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006, 60p. Disponível em: <

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>
Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 janeiro de 2006.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução ANVISA. **RDC Nº11, de 26 de Janeiro de 2006**. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf> Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**. Rio de Janeiro, Junho, 2010, 2ª Ed. Revisada. Disponível em: < www.ans.gov.br/.../1762-caderno-de-informacao-da-saude-suplementar>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política de Humanização**. Brasília, DF, 2010, 256 p.

BRASIL. **Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012**. Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. **Portaria nº2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011**. Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 249 de 16 de abril de 2002.** Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abril 2002.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013.** Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Secretaria Executiva. Datasus. **Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. 2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb_IBGE>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. Relato de experiências do acompanhamento de cuidadores familiares e assistência domiciliar. In: MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar. Atualidade da assistência de enfermagem.** Ed. Rubio: Rio de Janeiro, 3360, 2012.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, Mai/Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext> Acesso em: 05 jun. 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em: 05 ago. 2012.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Texto para discussão nº 1326. Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira.** Rio de Janeiro: IPEA, 2008. 36 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1326.pdf> Acesso em: 05 ago. 2012.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio. Uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, Jan./Jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>> Acesso em: 07 jul. 2012.

CAMPBELL, A. J.; BUCHNER, D. M. Unstable disability and the fluctuations of frailty. **Age and Ageing**, v. 26, p. 315-318, 1997.

CANGA, A.; VIVAR, C. G.; NAVAL, C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para um abordaje familiar. **An. Sist. Sanit. Navar.** Pamplona, v. 34, n. 3, p. 463-469, 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/revision3.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a24v15n6.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

CARMO, L. V.; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, M. M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Fisioter. Pesq.**, v. 18, n. 1, p. 17-22, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n1/04.pdf>> Acesso em: 23 out. 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

CROME, P.; LALLY, F. Frailty: joining the giants. **CMAJ**. Canadá, v. 183, n. 8, p. 889-890, May. 2011. . Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/183/8/889.full.pdf+html?sid=cbb5c2a1-d8b8-49a7-b131-fd9524525d6b>> Acesso em: 12 ago. 2012.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliarem comunidades de baixo nível

socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159- 1165, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2012.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 113-120, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1913.pdf>> Acesso em: 09 mai. 2012.

DIOGO, M. J. D´. E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V.; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 118. p. 1122-1130.

DUARTE, Y. A. O. et al. COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS FRÁGEIS DE SÃO PAULO? A VISÃO MOSTRADA PELO ESTUDO SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em: 05 ago. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

EGSET, A. S.; MYKLEBUST, J. O. Dementia in the family: Two Norwegian case studies. **Dementia**, v. 19, n. 4, p. 571-585, 2011. Disponível em: < <http://dem.sagepub.com/content/10/4/571.full.pdf+html>> Acesso em: 15 dez. 2012.

ELIOPOLUS, C. **Enfermagem gerontologia**. Porto Alegre, 7 ed. Artmed, 2011, 568p.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S.; **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2 ed. Ed. Eduem: Maringá, 2004, p. 19- 28.

FABRÍCIO- WEHBE, S. C. C. Adaptação cultural e validação da “Edmonton FrailScale”. 2008. 164 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

FERNANDES, M. G.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-399, Maio/Jun., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

FHON, J. R. S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 589-594, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/aop1812.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2012.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, Fev., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, n. 21, v. 3, p. 543-548, Jul/Set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2012.

FONSECA, A. M.; GONÇALVES, D. C.; PEREIRA, S. M. Working family carers in Portugal: Between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 16, n. 10, p. 476- 481, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20972378> > Acesso em: 15 dez. 2012.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a07.pdf> > Acesso em: 07 jul. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 15110 1520, 2008.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology**, v. 56A, n. 3, p. 146-156, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>> Acesso em: 09 mai. 2012.

GIANCOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, Out/Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>> Acesso em: 05 jan. 2013.

GOBBO, L. A. et al. Massa muscular de idosos do município de São Paulo- Estudo SABE: Saúde, bem estar e envelhecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2012.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Rev. Do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Jan./Jun, 2008. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=195>. Acesso em: 15 mar. 2014.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, Maio/Jun., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf > Acesso em: 15 jan. 2014.

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidador familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

GORZONI, M. L. RUSSO, M. R. Envelhecimento respiratório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 59, p. 596-599.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, Abr./Jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

GRATÃO, AL. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2014.

HEKMAN, P. R. W. O idoso frágil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 195. p. 926- 929.

HOGAN, D. B. et al. Models, definitions, and criteria of frailty. **AgingClinExp Res.**, v. 15, n. 3, p. 3-29, 2003.

IBGE -INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . [homepage na internet] Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). **Censo demográfico 2010**. – Tabela 1378: População residente, por situação de domicílio, sexo e idade, segundo condição no domicílio e compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio.. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 03 set 2013

IMAISSO, J.; SASAKI, U. Influential factors of long-term care in a Japanese rural community examined through interviews of family caregivers. **Journal of Community Health Nursing**, v. 27, p. 23-31, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20131134.html> >Acesso em: 15 dez. 2012.

INNES, A.; ABELA, S.; SCERRI, C. The organization of dementia care by families in Malta: The experiences of family. **Dementia**, v. 10, n. 2, p. 165-184, 2011. Disponível em: < <http://dem.sagepub.com/content/early/2011/03/11/1471301211398988.full.pdf+html> > Acesso em: 15 dez. 2012.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, Jan./Abril, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf> >. Acesso em: 01 fev. 2014.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LEITE, F. Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde. IESS. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. 2011. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/TDIESS00422011EnvelhecimentoFE.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2014.

LEITE, M. T. et al. Caracterização e condições de saúde de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul.

RBCEH, Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 71-79, 2010. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1098/pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, Jan./Mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, p. 3689-3696, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MACÊDO, A. M. L. et al. Avaliação funcional de idoso com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 358-363, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 72, p. 723- 732.

MANNION, E. Doença de Alzheimer: efeitos psicológicos e físicos no papel do cuidador. **NursingOlder People**, v. 20, n. 4, p. 27-32, 2008. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail?sid=be14cc28-1965-464e-b821->> Acesso em: 05 jun. 2012.

MARCON, S. S. et al. O cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S.; **O viver em família e**

sua interface com a saúde e a doença. 2 ed. Ed. Eduem: Maringá, 2004, p. 265- 282.

MARTINS, J. J. et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 319-35, Jul./Set., 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a04.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2013.

MEDEIRO-SOUZA, P. et al. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1049-1053, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/6063.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

MELO, R. L. P. et al. Sentido de visa, dependência funcional e qualidade de visa em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 239-250, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MIGUEL, M. E. G. B.; FIGUEIRA, M. O.; NARDI, E. F. R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. **Rev. F@pciência.** Apucarana, v. 6, n. 14, p. 118-127, 2010. Disponível em: <http://www.fap.com.br/fapciencia/006/edicao_2010/014.pdf> Acesso em: 15 jan. 2014.

MIGUEL, R. C. C.; et al. Síndrome da fragilidade no idoso comunitário com osteoartrite. **Rev. Bras. Reumatol.,** São Paulo, v. 52, n. 3, Mai/Jun, 2012.

MINCHILLO, A. L. C.; A visão dos serviços privados de assistência domiciliar. In: MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar. Atualidade da assistência de enfermagem.** Ed. Rubio: Rio de Janeiro, 3360, 2012.

MORAES, E. N. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso.** Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

MORETTO, M. C.; et al. Relação entre estado nutricional em idosos brasileiros. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** v. 10, n. 4, Jul/Ago, 2012.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino- Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 25, n. 5, Set./Out., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf > Acesso em: 15 jan. 2014.

NASSAR, Silvia M., WRONSCKI, Vilson R., OHIRA, Masanao et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net> . Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em: 23 agos. de 2013.

NGUYEN, M. Nurse's assessment of caregiver burden. **MedsurgNursing**, v. 18, n. 3, p. 147-151, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19591360> pdf > Acesso em: 15 dez. 2012.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinante da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 4, jul./ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

OKAMOTO, K.; HARASAWA, Y. Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. **Archives of gerontology and geriatrics**, n. 49, p. 138-141, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18674826> > Acesso em: 15 dez. 2012.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, v. 11, n. 1, p. 129-137, Jan./Mar., 2012. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18869/pdf> > Acesso em: 07 jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. Lisboa, 2004. 226p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005**, 60 p. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 12 jan. 2013.

PAVARINI, S. C.; et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enferm.** n. 10, v. 3, p. 580-590, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf> Acesso em: 15 dez. 2012.

PEDRAZZI, E. C. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, Jan./Fev., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

PIMENTA, G. M. P. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-657. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, Mar./Abr., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2012.

PORTELLA, M. R.; CELICH, K. L. S. Cuidado domiciliar no idoso. In: MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar: atualidade da assistência de enfermagem**. Ed. Rubio: Rio de Janeiro, 3360, 2012.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M. C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 107-112, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8491/6717>> Acesso em: 23 out. 2012.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funciona. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Disponível em: <<http://www.unifra.br/professores/.../Validação%20Brasileira%20MIF.pdf>> Acesso em: 12 out. 2013.

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

ROLFSON, D. B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-529, Jun. 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/526.full>> Acesso em: 23 out. 2012

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a04v31n1.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2012.

SANTOS, K. A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; PATTUSI, M. P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/24.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimeciação no idoso. **Rev. de Enfermagem Referência**. n. 2, p. 149-162, Dez., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, Ago./Dez., 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/fass/articled/view/9901/7341>> Acesso em: 07 jul. 2012.

SHANLEY, C. et al. Linving through end-stage dementia: The experiences and expressed needs of family carers. **Dementia**, v. 10, n. 3, p. 325-340, 2011. Disponível em: <<http://intldem.sagepub.com/content/early/2011/06/10/1471301211407794.full.pdf+html>> Acesso em: 15 dez. 2012.

SILVA, K. L.; et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166- 176, 2010.

SILVEIRA, T, M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 8, p. 1629-1638, Ago. 2006.

SILVIA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 672-678, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a18.pdf>> Acesso em: 23 out. 2012.

SOUZA-MUÑOZ, R. L. et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 579-589, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000300015&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 mar. 2014.

STACKFLETH, R.; et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-250, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

TEIXEIRA, I. N. D'A. O. Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 297-305, 2008.

TEIXEIRA, I.; NÉRI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: Fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 115. p. 1102-1108.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos a cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.**, Porto Alegre, v. 58, n. 4, p. 438-443, Jul./Ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>> Acesso em: 07 abr. 2012.

TOPINKOVÁ, E. Aging, Disability and Frailty. **Ann. Nutr. Metab**, Munich, v. 52, p. 6-11, March. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18382070>> Acesso em: 05 jun. 2012.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. p. 2953-2962, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600033>. Acesso em: 13 jan. 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, maio/jun., p. 548-554, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, Out., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. Bras. Enfem**. v. 64, n. 3, p. 570-579, Mai/Jun., 2011.

VIEIRA, E. B.; **Manual de gerontologia. Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2004. 2ªed. 352p.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a10.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

WESTPHHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007. p. 653-663.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE (IDOSO)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu,.....(idoso)
declaro estar de acordo em participar como informante da pesquisa
“*Necessidades de cuidado do idoso assistido por um programa de atendimento domiciliar, do sistema de saúde suplementar*”, que tem como objetivo geral:
Conhecer as condições de saúde e as necessidades de cuidado do idoso no âmbito domiciliar, de um sistema de saúde suplementar. Estou ciente que algumas informações poderão ser obtidas através do banco de dados, disponível no programa de assistência domiciliar. Esse estudo é de autoria da mestrand Luciana de Fátima Leite Lourenço, sob orientação da professora doutora Ângela Maria Alvarez. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão preparados a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho. Autorizo também o registro escrito em formulário específico de todos os dados por mim fornecidos durante a coleta dos dados. Declaro, ainda, que me foi assegurado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa. Assim também estou ciente que toda a pesquisa pautada de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.

Profª Dra. Angela Maria Alvarez – Pesquisadora Responsável
Fones: 48- 8824-0341

Mestranda Luciana de Fátima Leite Lourenço – Pesquisadora Principal
Fones: 48- 9663-8508

Assinatura Informante RG/CPF Informante

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE (FAMILIAR)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu,.....(familiar)
declaro estar de acordo em participar como informante da pesquisa
“*Necessidades de cuidado do idoso assistido por um programa de atendimento domiciliar, do sistema de saúde suplementar*”, que tem como objetivo geral: Conhecer as condições de saúde e as necessidades de cuidado do idoso no âmbito domiciliar, de um sistema de saúde suplementar. Esse estudo é de autoria da mestrandia Luciana de Fátima Leite Lourenço, sob orientação da professora doutora Ângela Maria Alvarez. Estou ciente que algumas informações poderão ser obtidas através do banco de dados, disponível no programa de assistência domiciliar. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão preparados a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho. Autorizo também o registro escrito em formulário específico de todos os dados por mim fornecidos durante a coleta dos dados. Declaro, ainda, que me foi assegurado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa. Assim também estou ciente que toda a pesquisa pautada de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.

Prof^ª Dra. Angela Maria Alvarez – Pesquisadora Responsável
Fones: 48- 8824-0341

Mestrandia Luciana de Fátima Leite Lourenço – Pesquisadora Principal
Fones: 48- 9663-8508

Assinatura Informante RG/CPF Informante

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

() Idoso () Cuidador () Familiar

- 1) Iniciais do idoso: _____
- 2) Sexo () Masc. () Fem.
- 3) Data de Nascimento: ___/___/_____
- 4) Peso: _____
- 5) Altura: _____
- 6) Nível de escolaridade: () Analfabeto () Primeiro grau completo ()
Primeiro grau incompleto
() Segundo grau completo () Segundo grau incompleto ()
Superior () Superior incompleto () Pós graduação _____
- 7) Estado conjugal: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) ()
União estável () Separado(a)
- 8) Arranjo domiciliar: () Sozinho () Esposo (a) () Esposo (a) e filhos ()
() Filhos () Filhos e netos () Netos ()
Outros _____

**Quando o responsável pelo preenchimento não for o idoso, ou quando
houver a presença do cuidador (questões de 09 a 15).**

- 9) Presença do cuidador: () Familiar/Grau de parentesco

() Cuidador ocupacional/
Formação _____
() Cuidador informal

Em relação ao cuidador:

- 10) Possui outra ocupação: () Não ()
) Sim/Qual _____
- 11) Participou de algum curso de capacitação para cuidador de idoso: () Não
() Sim, Qual _____
- 12) Quantas horas por dia de cuidado dedica ao idoso: () 4 a 6 hrs/dia () 6 a
12 hrs/dia () Mais de 12 hrs/dia
- 13) Patologias _____ prévias do
cuidador: _____

14) Faz uso de medicação de uso contínuo: _____

Tipo de cuidado prestado ao idoso no domicílio:

15.a Cuidados para conforto: () Companhia () Auxilia para caminhar () Realiza mudança de decúbito () Posiciona na poltrona ou sofá () Realiza massagem em proeminências ósseas () Realiza aspiração de vias aéreas () Outros cuidados _____

15.b Cuidados para higiene: () Auxilia no banho de chuveiro () Realiza banho de cadeira no chuveiro () Realiza banho no leito () Auxilia para ir ao banheiro () Realiza troca de fraldas () Realiza curativo () Outros cuidados _____

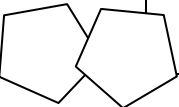
15.c Cuidados para alimentação () Auxilia na alimentação via oral () Administração de alimentação por sonda nasoesofágica ou gastrostomia () Outros cuidados _____

15.d Cuidados para administração de medicamentos: () Administra oxigênio () Realiza nebulização () Administração de medicamentos por via oral () Administração de medicamentos por via endovenosa () Administração de medicamentos por via intramuscular () Administração de medicamentos por via subcutânea () Outros cuidados _____

ANEXOS

ANEXO 1 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)-IDOSO

Orientação Temporal (0-5 pts)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da Semana	1
Orientação espacial (0 -5 pts)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
Repita as palavras	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dize-lás. Máximo de 5 repetições	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculo?	Sim (vá para 4 a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4 a. Cálculo (0 a 5 pts)	Se de R\$100,00fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00 (Total de 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4 b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para a frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
Memorização	Repita as palavras que dize a pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
Linguagem (0 a 3 pts)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	1
		Caneta	1

Linguagem (1 pt)	Repita a frase	Nem aqui, nem ali, nem lá.	1
Linguagem (0 a 2 pts)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o no meio Ponha o no mão	1 1 1
Linguagem (1pt)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
Linguagem (1pt)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa		1
Linguagem (1pt)	Copie o desenho		1

ANEXO 2 - ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

O nível de independência funcional segundo a MIF é classificado da seguinte forma: Independência motora (7), Independência modificada (6), Supervisão, estímulo ou preparo (5), Assistência mínima (4), Assistência moderada (3), Assistência máxima (2), Dependência total (1).

MIF Total	Funções Avaliadas		CATEGORIAS							
			Assistência Total-1	Assistência máxima-2	Assistência moderada-3	Assistência mínima-4	Supervisão ou estímulo-5	Independência modificada-6	Independência motora-7	Independência-0
MIF Motor	Auto Cuidado	Auto Cuidados								
		Higiene Matinal								
		Banho								
		Vestir-se acima da cintura								
		Vestir-se abaixo da cintura								
	Controle de Esfínteres	Uso de vaso sanitário								
		Controle da urina								
		Controle das fezes								
	Transferências	Leito/Cadeira/Cadeira de rodas								
		Independência funcional total								
		Vaso sanitário								
		Chuveiro								
	Locomoção	Deambula normalmente								
Subir escadas										
MIF Cognitivo	Comunicação	Compreensão								
		Expressão								
	Cognição Social	Interação social								
		Resolução de problemas								
		Memória								

ANEXO 3 - FENÓTIPO DA FRAGILIDADE

1) Alteração no peso

A) O Sr (a) ganhou peso no último ano
() Não () Sim, quanto_____

B) O Sr (a) perdeu peso involuntariamente no último ano
() Não () Sim, quanto_____

2) Fadiga auto referida

A) Na última semana o Sr (a) realizou um grande esforço para realizar suas tarefas habituais
() Nunca/raramente
() Poucas vezes
() Na maioria das vezes
() Sempre

B) Na última semana o Sr (a) não pode realizar suas atividades devido a fadiga
() Nunca/raramente
() Poucas vezes
() Na maioria das vezes
() Sempre

3) Força de prensão manual

1ª medida:	
2ª medida:	
3ª medida:	
Média:	
Pontos de Corte para Mulheres	
Mulheres (IMC)	Pontos de corte para fragilidade em Kgf
≤ 23	≤ 17
23,1 a 26	$\leq 17,3$
26,1 a 29	≤ 18
> 29	≤ 21
Pontos de Corte para Homens	
Homens (IMC)	Pontos de corte para fragilidade em Kgf
≤ 24	≤ 29
24,1 a 26	≤ 30
26,1 a 28	≤ 30
> 28	≤ 32

5) Velocidade da Marcha

Percorrer uma distância de 4,5 metros, cronometrando os segundos.

1ª medida:

2ª medida:

3ª medida:

Média:

Pontos de Corte para Mulheres	
Mulheres (Altura)	Tempo
≤159 cm	≥7 segundos
>173	≥6 segundos
Pontos de Corte para Homens	
Homens (Altura)	Tempo
≤173 cm	≥7 segundos
>173	≥6 segundos

**ANEXO 4 – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (QUESTIONÁRIO
MINNESOTA DE ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER)**

ATIVIDADES REALIZADA	VOCÊ REALIZOU ESTA ATIVIDADE?		QUANTAS VEZES VOCÊ FEZ ESSA ATIVIDADE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?	TEMPO POR OCASIÃO	
	SIM	NÃO		HORAS	MIN
Caminhada recreativa					
Caminhada para o trabalho (contínua por 10 min ou+)					
Uso de escadas quando o elevador está disponível (não contar descidas; 1 lance = 1 andar)					
Caminhada no campo)					
Caminhada com mochila					
Alpinismo / escalando montanhas					
Ciclismo recreativo/ pedalando por prazer					
Dança – salão, quadrilha, e/ou discoteca, danças regionais					

Dança – aeróbia, balé,					
Hipismo/ andando a cavalo					
Exercícios domiciliares (quais?)					
Exercício em clube/ em academia					
Combinação de caminhada/corrida leve					
Corrida					
Musculação					
Esqui aquático					
Velejando em competição					
Canoagem ou remo recreativo					
Canoagem ou remo em competição					
Canoagem em viagem de acampamento					
Natação em piscina (pelo menos 15 metros)					
Natação na praia					
Mergulho Autônomo					
Mergulho Livre - snorkel					
Esquiar na montanha					

Esquiar no plano					
Patinação no gelo ou sobre rodas					
Trenó ou Tobogã					
Boliche					
Voleibol					
Tênis de mesa					
Tênis individual					
Tênis de duplas					
Softball					
Badminton					
Paddleball					
Racquetball					
Basquete, sem jogo (bola ao cesto)					
Jogo de basquete					
Basquete, como juiz					
Futebol Americano					
Handebol					
<i>Squash</i>					
Futebol					
Dirigir carro de golfe					

Caminhada, tirando os tacos do carro					
Caminhada carregando os tacos					
Cortar a grama dirigindo um carro de cortar grama					
Cortar a grama andando atrás do cortador de grama motorizado					
Cortar a grama empurrando o cortador de grama manual					
Tirando o mato e cultivando o jardim					
Afobar, cavando e cultivando a terra no jardim e horta					
Trabalho com ancinho na grama					
Remoção de neve/terra com a pá					
Carpintaria em oficina					
Pintura interna de casa ou colocação de papel de parede					
Carpintaria do lado de fora da casa					
Pintura exterior de casa					
Pesca na margem do rio					
Pesca em correnteza com botas					

Caça a faisão ou galo-silvestre					
Caça a coelho, esquilo, guaxinis					
Caça a animais de grande porte					
Caminhar como exercício /Caminhada rápida					
Tarefas domésticas de moderadas a intensas					
Exercícios em bicicleta ergométrica					
Exercícios calistênicos					
Corrida leve					
Surfe					

ANEXO 5 - APGAR DA FAMÍLIA

Atribua valores de 0 a 2 nas perguntas realizadas

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
A = Adaptation	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando-me.			
P = Partnership (Companheiri smo)	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (desenvolvime nto)	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade)	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage			

	às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade Resolutiva).	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

ANEXO 6

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (ZARIT)

INDIQUE O QUE O (A) SR(A) SENTE EM RELAÇÃO DO IDOSO (NOME DO IDOSO (A), NAS SITUAÇÕES ABAIXO:	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTE	SEMPRE
1. O idoso (a) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. Por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com o cuidado não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. Percebe-se estressado(a) entre o cuidado e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. Envergonha-se com o comportamento do idoso (a)?					
5. Sente-se irritado (a) na presença do idoso (a)?					
6. O idoso (a) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. Sente receio pelo futuro do idoso (a)?					
8. Sente que o idoso (a) é dependente de você?					
9. Sente-se tenso quando idoso (a) está por perto?					
10. Sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso (a)?					
11. Não tem tanta privacidade como gostaria por causa do idoso (a)?					
12. Sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar do idoso (a)?					
13. Não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa do idoso (a)?					

14. Sente que idoso (a) espera que você cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do idoso (a), somando-se às suas outras despesas?					
16. Percebe que será incapaz de cuidar do idoso (a) por muito mais tempo?					
17. Sente que perdeu o controle de sua vida?					
18. Gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do idoso (a)?					
19. Tem dúvida sobre o que fazer pelo idoso (a)?					
20. Sente que deveria estar fazendo mais pelo idoso (a)?					
21. Sente que poderia cuidar melhor do idoso (a)?					
22. De uma maneira geral, sente-se sobrecarregado por cuidar do idoso (a)?					