

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GLÁUCIA BOHUSCH

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO  
DOMICILIAR AOS ACAMADOS DO CENTRO DE SAÚDE IAPI/ PORTO ALEGRE

PORTO ALEGRE

2012

GLÁUCIA BOHUSCH

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO  
DOMICILIAR AOS ACAMADOS DO CENTRO DE SAÚDE IAPI/ PORTO ALEGRE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS).

Orientadora: Profª Drª Lisiane M. G. Paskulin

Porto Alegre  
2012

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família, ao meu companheiro, aos meus amigos, aos companheiros (as) do DAEE e colegas por todo apoio e compreensão durante o transcorrer desta etapa de elaboração do trabalho de conclusão, como também, durante a graduação.

À equipe do PADA e a colega Mariana Timmers pela acolhida e ajuda durante a coleta de dados. Aos usuários do PADA por participarem do estudo e pelo carinho de receber-nos em seus lares.

Aos bolsistas do laboratório de informática, à professora Denise Tolfo e Priscila Nakata pela ajuda durante a elaboração do banco de dados.

À colega e amiga Carla Kottwitz pelo seu companheirismo e disponibilidade

À professora Lisiane Paskulin pela acolhida após minha chegada na enfermagem da Espanha, pelo o comprometimento e responsabilidade durante o período de orientação do trabalho e pelos conselhos nas horas de ansiedade e nervosismo.

Às professoras Idiane Rosset e Francine Melo por aceitarem fazer parte da banca de avaliadora neste momento tão especial no final da minha graduação.

## RESUMO

Os profissionais do Programa Atenção Domiciliar ao Acamado (PADA) do Centro de Saúde IAPI, em busca da melhoria dos cuidados de assistência domiciliar, elaboraram um instrumento que tinha como objetivo avaliar os usuários do PADA na perspectiva de construir um protocolo de atendimento domiciliar. A utilização de protocolos facilita a alocação de recursos, propicia a avaliação do programa e planejamento, e contribui para a qualidade do cuidado. O objetivo do presente estudo é caracterizar os usuários do PADA do Centro de Saúde (CS) IAPI utilizando o instrumento de avaliação construído pela equipe local. Trata-se de um estudo seccional: realizado com os 42 usuários do PADA da Unidade Básica do CS IAPI. Foi realizada uma entrevista no domicílio dos usuários no mês de abril de 2012 utilizando o instrumento proposto pela equipe. A análise dos dados se deu por meio de estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê Ética da Prefeitura de Porto Alegre nº aprovação do projeto 752. A maioria (59,5%) dos usuários encontrava-se na faixa etária entre 70 e 89 anos, eram casados, (73,8%) ou viúvos, utilizavam o SUS e um plano de atendimento domiciliar de emergência (68,7%) Todos recebiam alguma renda. A renda média familiar variou de um a dois salários mínimos, a maioria das casas não possuía acessibilidade (73,8%). A doença de base mais freqüente foi o acidente vascular cerebral (47,6%) e a comorbidade mais freqüente foi hipertensão arterial (54,8%). Nos últimos doze meses mais da metade dos usuários tiveram uma ou mais hospitalizações (54,8%) e/ ou quedas (51,2%). O grau de dependência no índice de Katz para a realização das atividades da vida diária mais freqüente foi o F/G (64,3%) no qual a letra F representa que o usuário é independente para todas as atividades da vida diária menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional e a letra G representa dependente para todas as atividades. No exame do estado mental, 50% dos usuários apresentaram resultado alterado em relação à cognição. O cuidado aos usuários era prestado, na maioria das vezes, pelas filhas e esposas. Através deste estudo pode-se apoiar a implantação do protocolo de atendimento domiciliar no nível local que servirá como ferramenta na avaliação inicial dos usuários, no dimensionamento do cuidado a ser prestado, possibilitando a elaboração de um planejamento e uma avaliação da assistência domiciliar, dentro das especificidades de cada realidade.

**Palavras-chave:** Serviços de Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 OBJETIVO</b> .....	6
<b>3 CONTEXTO TEÓRICO</b> .....	10
<b>3.1 Redes de Atenção ao Idoso</b> .....	10
<b>3.2 Atenção Domiciliar</b> .....	13
<b>3.3 Protocolos de Atendimento Domiciliar ao Idoso</b> .....	15
<b>4 METODOS</b> .....	18
<b>4.1 Tipo de Estudo</b> .....	18
<b>4.2 Local de Estudo</b> .....	18
<b>4.3 População e Amostra</b> .....	19
<b>4.4 Coletas de dados</b> .....	20
<b>4.5 Análise de dados</b> .....	21
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	21
<b>5 RESULTADOS</b> .....	22
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	38
<b>REFERENCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	45
<b>ANEXO A - Instrumento de caracterização dos usuários do PADA</b> .....	46
<b>ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental</b> .....	48
<b>ANEXO C - Índice de Katz</b> .....	49
<b>ANEXO D - Parecer consubstanciado da Prefeitura Municipal de Porto Alegre</b>	51

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% do seu total e apresenta tendência a crescer (OMS *apud* COSTA, et al.,2003). No início da década de 1990, a população idosa brasileira representava 7,3% da população total, enquanto, em 2000, essa proporção era 8,6%. No Censo de 2010, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresentava 11,3% da sua população com 60 anos ou mais (IBGE 2010).

Segundo a OMS, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes enquanto o crescimento da população total será cinco vezes. Em termos absolutos o Brasil será a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado do mundo, somente comparável ao do México e da Nigéria.

Muitos idosos brasileiros vivem em situação de vulnerabilidade. Um dos componentes deste cenário é a abrangência da cobertura do sistema de saúde. Segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) de 2009, dos municípios brasileiros, 95,1% possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em várias Unidades da Federação, o programa cobriu todos os municípios. Em São Paulo e no Rio Grande de Sul, porém, apenas 76,4% e 85,3% dos municípios, respectivamente, tinham esse programa implementado. Todavia, os registros da MUNIC devem ser analisados em conjunto com as informações de cobertura da população potencialmente alvo da ESF (IBGE, 2010).

Assim, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, havia um número expressivo de idosos (32,5%) que não tinha seu domicílio cadastrado na ESF, nem possuíam plano de saúde privado. Dentre esses idosos, dois terços possuíam um rendimento domiciliar *per capita* de até dois salários mínimos (IBGE, 2010).

Outra situação de vulnerabilidade está relacionada a morar só. Há uma maior prevalência de idosos em domicílios unipessoais nos estados do Rio Grande do Sul 15,6% e no Rio de Janeiro 15,2% (IBGE, 2010). Entre os municípios das capitais, as maiores proporções de pessoas com 60 anos ou mais que moravam sozinhas, estavam em Porto Alegre 21,6% (IBGE, 2010).

Foram observados, também pela PNAD 2008, que a população na faixa etária de 60 anos ou mais, 55,8% eram mulheres, sendo o sexo mais frequente entre os idosos. Destas 64,1% eram consideradas como a pessoa de referência no domicílio. Elas têm ainda uma maior probabilidade de ficarem viúvas e de viver em situação socioeconômica desvantajosa, já que a maioria das idosas brasileiras de hoje não teve trabalho remunerado durante a vida adulta (IBGE, 2008).

Dos idosos entrevistados, pouco menos de 12% possuía renda domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo e 66% já estavam aposentados. Esses dados revelam que uma parcela significativa de idosos participa na composição da renda familiar e que, na maioria das vezes, é a única renda da família (IBGE, 2008).

No município de Porto Alegre a população idosa aumentou 26,24%% em relação à 2000, passando de 11,89% para 15,01% pessoas em 2010, enquanto a população jovem (zero a 24 anos) da cidade apresentou um decréscimo de 13,68%, nesta última década, com destaque para o número de crianças de zero a quatro anos que diminuiu quase 25% (OBSERVAPOA, 2011).

A transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo de 75 anos ou mais, este percentual chegava a 54%. A hipertensão foi a enfermidade que mais se destacou, com proporções em torno de 50%. Dores na coluna e artrite ou reumatismo foram citadas, respectivamente, por 35,1% e 24,2% das pessoas de 60 anos ou mais. A maioria dos problemas mencionados pelos idosos é de enfermidades crônico-degenerativas e isso implica em aumento na demanda de atendimentos nos serviços de saúde. As doenças infecciosas agudas estão sendo, proporcionalmente, substituídas pelas crônicas degenerativas (LITVOC; BRITO, 2004).

O envelhecimento populacional traz impacto para distintas áreas como saúde, previdência, habitação, entre outras. Com a mudança do perfil da população brasileira, estão surgindo, e surgirão cada vez mais, necessidades que antes não existiam como: redes de apoio para cuidadores, demanda por cuidados domiciliares, residências geriátricas, programas de monitoramento e segurança de idosos, centro de lazer e convivência, disponibilidade de transporte social e adaptação arquitetônica e urbana.

O Centro de Saúde IAPI (CS-IAPI) é localizado na região Noroeste, segunda maior região do município de Porto Alegre/ RS em número de idosos. Diante da necessidade da população da área de abrangência, a equipe de saúde, no ano de 2002, incorporou a Atenção Domiciliar como programa da Unidade de Saúde.

O Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) foi implementado por meio de um projeto piloto de atendimento domiciliar ao idoso acamado, para usuários da área de atuação da unidade de saúde, subsidiado por um estudo de caracterização de idosos acamados no território. Esta iniciativa não estava associada, formalmente, com uma política do sistema municipal de saúde, mas sim a uma iniciativa original dos trabalhadores da própria unidade de saúde (FREITAS; MENEGHEL; FERLA, 2007).

Em 2011, o grupo de profissionais vinculados ao PADA, em busca da melhoria no atendimento domiciliar ao idoso elaborou um instrumento que tinha como função avaliar os usuários que ingressassem no programa. Esta ferramenta busca conhecer os diversos aspectos da saúde dos idosos como: capacidade de realização das atividades da vida diária, capacidade de auto-cuidado, condições de saúde/doença, rede de apoio informal, entre outros itens. Além do objetivo já citado, o grupo pretendia ainda, avaliar os usuários que solicitassem acompanhamento domiciliar, obter elementos para subsidiar os cuidados prestados e ainda avaliar o programa.

Assim, por meio da parceria serviço-ensino do CS-IAPI com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS), coloquei-me a disposição para desenvolver meu trabalho de conclusão de curso a partir de uma demanda real que surgiu deste serviço de saúde. A equipe solicitou a aplicação do instrumento, definido pela mesma, com todos os usuários em atendimento a fim de obter parâmetros de acompanhamento dos idosos. A aplicação deste instrumento com todos os usuários do programa buscava identificar se o mesmo apresentava todas as informações necessárias para a equipe construir um protocolo assistencial de avaliação inicial dos usuários do PADA.

Acredita-se que a utilização de protocolos proporcione algumas vantagens como: uma linguagem padronizada entre a equipe, dados comuns, avaliação interdisciplinar, levantamento de áreas prioritárias de atenção, elaboração de um plano de cuidados comum. Sabe-se que no nível gerencial, a utilização de protocolos facilita a alocação de recursos, propicia a avaliação do programa e do

planejamento e para os usuários, contribui para a qualidade no cuidado objetivando uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2005).

A escolha deste tema para o TCC foi influenciada pelo meu interesse por saúde comunitária e, também, pela experiência que tive em 2011, durante um intercâmbio que realizei na Espanha. Essa experiência me oportunizou conhecer a realidade epidemiológica e de políticas públicas em um país que tem 16,7% de idosos (MINISTERIO DE SANIDAD, POLITICA SOCIAL Y IGUALDAD, 2009). Durante esta vivência acompanhei atividades de cuidados domiciliares em um centro de saúde no qual eram utilizados protocolos de atendimento domiciliar.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo do presente estudo é caracterizar os usuários do PADA do Centro de Saúde IAPI utilizando o instrumento de avaliação construído pela equipe local.

### 3 CONTEXTO TEÓRICO

#### 3.1 Redes de Atenção ao Idoso

O envelhecimento da população brasileira gera necessidades de saúde que antes não estavam no panorama das políticas públicas. Até poucas décadas atrás, os serviços de saúde estavam preparados para solucionar doenças de característica agudas e infectocontagiosas. Atualmente, devido à transição demográfica e epidemiológica que o Brasil está vivendo, o perfil da população está mudando e as demandas de saúde também. A partir deste cenário, os serviços de saúde devem adaptar-se para suprir as reais demandas da população (MENDES, 2008).

Para isso, é necessário ter em vista, que a assistência exclusivamente hospitalar não consegue prover atenção a todas as necessidades de saúde da população. Os problemas de saúde mudaram suas características e, por consequência, o cuidado aos usuários precisa apresentar características longitudinais.

Uma das estratégias para melhorar o atendimento da população idosa é a consolidação das redes de cuidado.

Estas são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo, no lugar, a custo certo e qualidade certa, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para a população (MENDES, 2009. p.140 – 141).

Nessa rede, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada e deve coordenar os demais pontos de atenção a saúde (MENDES, 2008). O fortalecimento da rede possibilitará um cuidado integral e continuado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um plano de cuidados que contemple a prevenção de danos ou agravos, a promoção, a cura e a reabilitação da saúde.

A partir destas novas necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde em 2002, em conformidade com a Política Nacional do Idoso, criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que estabelece a integração entre Equipes de Saúde da Família e Assistência Básica de Saúde com Hospitais Gerais e Centros de Referência, bem como, com os Ambulatórios e Hospitais Dia para subsidiar o funcionamento das Redes.

A Rede Estadual prevê ainda, o atendimento domiciliar ao idoso, que deve contar com uma equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, além de, uma equipe ampliada composta por enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (BRASIL, 2002). A legislação já completou 10 anos, desde sua aprovação e no Rio Grande do Sul apenas um centro foi cadastrado e funciona de modo incompleto até hoje.

Outra estratégia criada foi a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem como objetivo ampliar a abrangência, o conteúdo das ações e a resolutividade na Atenção Básica. Os NASF são formados por equipes multiprofissionais que tem por finalidade apoiar a ação da equipe da ESF (BRASIL, 2008).

Recentemente, no ano de 2011, foi aprovada a Portaria nº 2.527, a qual redefine a atenção domiciliar, tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam o cuidado domiciliar. O serviço de atenção domiciliar será responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP).

A atenção domiciliar deve ser organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3 (BRASIL, 2011).

A equipe de atendimento domiciliar da atenção básica (AD1) tem como tarefa acompanhar os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, como também, os que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor frequência e com menor necessidade de recursos de saúde, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde. A modalidade AD2 destina-se aos usuários com maior dependência e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e de acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de

diferentes serviços da rede de atenção. Já para o atendimento na modalidade AD3, é voltado para os usuários que necessitem do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O<sub>2</sub>, diálise peritoneal e paracentese. Nesta modalidade será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2011).

Em estudo realizado por Motta, Aguiar e Caldas em 2011, que teve por objetivo analisar o processo de trabalho, a organização da rede assistencial e o conhecimento dos profissionais sobre a atenção ao idoso em seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os autores identificaram a desorganização das redes de saúde e a falta de abordagens sistêmicas fundamentada em conteúdos básicos da Geriatria e Gerontologia. Enfatizaram a necessidade de criação de uma rede de atenção ao idoso composta por serviços e níveis de atenção hierarquizados que ofereça suporte às ações das equipes de saúde da atenção básica. Eles também reforçam a necessidade de uma melhor coordenação da ESF com os níveis de atenção secundária e terciária à saúde, além da expansão e fortalecimento da oferta de Atenção Básica. Destacam ainda, a ausência de geriatras ou gerontólogos nos NASF e propõem o fortalecimento das redes, tendo como justificativa que o envelhecimento não é um processo homogêneo e que as necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios.

Além da rede de suporte formal, o idoso precisa contar ainda com uma rede informal que pode ser definida “pela existência ou o aproveitamento das pessoas de quem podemos depender para cuidados, afetos e valores ”(DOMINGUES, 2000, p.113). Esta rede é fundamental para a continuidade do plano terapêutico. Pode ser composta por familiares, cuidadores, vizinhos, amigos, associações comunitárias, entre outras (ROSA; PEREIRA; FULLER, 2004).

As pessoas desta rede informal que prestam cuidados diretos à pessoa idosa também devem receber apoio da rede formal. Segundo Caldas (2002), os idosos com alta dependência e seus cuidadores necessitam de apoio institucional para orientação e informação sobre o cuidado de saúde prestado aos idosos. Estas

orientações devem integrar o planejamento educativo das equipes assistenciais, fornecendo instrumentos/ferramentas que facilitem o dia a dia do cuidador/família no cuidado destinado ao idoso (BRASIL, 2002).

### **3.2 Atenção domiciliar**

A atenção domiciliar é uma das modalidades que deve integrar a rede de Atenção ao Idoso para garantir o atendimento das necessidades de saúde destes. Ela abrange quatro diferentes modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar (LACERDA et al, 2006).

A atenção domiciliar é um conceito mais amplo que envolve a promoção e reabilitação da saúde e a prevenção e tratamento de doenças realizadas por meio de ações no domicílio no âmbito das políticas públicas de saúde (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Já o atendimento domiciliar ou assistência domiciliar, segundo a ANVISA (BRASIL, 2006), é um conjunto de atividades programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

A internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados mais complexos, que demandam assistência contínua e semelhante à oferecida em ambiente hospitalar. Por fim, a visita domiciliar é a ação propriamente dita e se caracteriza como um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações (RIBEIRO, 2004).

O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, incluindo ações de: cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento domiciliar incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado locomover-se, inclusive para aqueles abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural (BRASIL, 2006).

Para Lacerda (2000), o contexto domiciliar deve ser percebido em uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, considerando este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si.

Cada um destes representa um caráter particular, interferindo mutuamente e simultaneamente no contexto domiciliar.

Em estudo realizado em Fortaleza sobre a percepção de usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a visita domiciliar (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009) os pesquisadores identificaram que para alguns usuários a visita domiciliar facilitou suas vidas. Pois estes tiveram acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento por meio da visita da equipe de saúde. Para outros, contudo, as dificuldades persistiram, já que a organização do serviço e a assistência profissional foram avaliadas como ainda deficientes, uma vez que revela um não compromisso com a alteridade e com o resgate do *continuum* saúde-doença.

Segundo Keenan e Hepburn (1997) os idosos preferem este tipo de atenção à saúde a outros existentes. Isto pode estar relacionado a uma noção de domicílio como um local seguro, que os protege da violência da comunidade, o que os fazem entender o atendimento domiciliar como uma alternativa à inadequada e prematura institucionalização. É imperativo, no entanto, que os provedores deste atendimento somente admitam pacientes nesta modalidade assistencial quando forem capazes de suprir, seguramente, as demandas do mesmo. Esta determinação somente poderá ser feita após avaliação de equipe multiprofissional ou interdisciplinar devidamente habilitada e deve incluir demandas assistenciais do cliente, adequação do ambiente domiciliar, participação efetiva de suportes informais (cuidadores, familiares, amigos) e disponibilidade da equipe de saúde.

Embora a atenção domiciliar esteja em processo de ascensão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento e na formação e capacitação de profissionais especializados (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Em um levantamento realizado na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores de atenção domiciliar e idoso nos últimos dez anos, identificou-se um número reduzido de estudos. Destaca-se a pesquisa realizada por Thumé e colaboradores (2010), que investiga como se dá a assistência domiciliar na atenção básica na região urbana de Bagé-RS, e identifica que a mesma é mais prevalente nos serviços de ESF. Neste estudo os autores verificaram ainda que a família era responsável por 75% dos cuidados ao idoso. Dos idosos participantes, dois terços referiram melhora nas condições de saúde com esta modalidade de cuidado. A

satisfação dos usuários com o serviço domiciliar recebido destacou-se como indicador de qualidade da atenção.

Em outro estudo realizado em Pelotas-RS que teve como objetivo estimar a prevalência do cuidado domiciliar a idosos e identificar fatores associados. Os autores verificaram a associação do cuidado domiciliar com o aumento da idade e presença de incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária. Neste caso, também foi observado que a maioria dos cuidados eram prestados por familiares (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2010).

### **3.3 Protocolos de atendimento domiciliar ao idoso**

A utilização de protocolos proporciona, como já mencionado na introdução, inúmeras vantagens para o atendimento em saúde como a padronização da linguagem entre a equipe, dados comuns, avaliação interdisciplinar, o levantamento de áreas prioritárias de atenção, elaboração de um plano de cuidados comum, facilitando à tomada de decisão, como também, a avaliação do cuidado prestado (BRASIL, 2005).

Para Marcelli(1997) os trabalhadores dos serviços de saúde devem estar capacitados, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades dos grupos populacionais de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social.

Um estudo que teve como objetivo analisar a efetividade na oferta de serviços básicos e sua utilização por idosos em 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, através de delineamento transversal, caracterizou a estrutura e o processo de trabalho de 234 Unidades de Saúde, 4.749 trabalhadores e 4.003 idosos. Com base nesta pesquisa, os autores identificaram a necessidade de cuidados domiciliares regulares em 11% dos idosos assistidos pelas unidades tradicionais (Unidades Básica de Saúde) e 19% em ESF na região Sul, enquanto no Nordeste, 24% idosos vinculados a UBS e 25% dos idosos em ESF necessitavam de cuidados domiciliares (PICCINI, *et al.*, 2006).

Os autores apontam também que o uso de protocolo para cuidados domiciliares foi detectado em 23% das unidades tradicionais e 45% das unidades de

ESF no Sul do Brasil, enquanto no Nordeste 19% das unidades tradicionais e 52% das unidades de ESF o utilizavam. Porém, os autores não descrevem que tipo de protocolo que vem sendo utilizado para realização destes cuidados domiciliares. Os autores destacam o paradoxo entre a estimativa, em números absolutos, de idosos com necessidades de cuidados domiciliares regulares e a pequena proporção de unidades que possuía protocolo para este cuidado e a proporção ainda menor daquelas que ofereciam esta modalidade de cuidado. Esta situação foi mais acentuada nas unidades tradicionais do que nas ESF (PICCINI, *et al.*, 2006).

No contexto internacional, os protocolos mais difundidos são o *Resident Assessment Instrument* (Inter-RAI) e o *Outcome and Assessment Information Set* (OASIS). O Inter-RAI foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores americanos em parceria com canadenses, europeus, japoneses, chineses e australianos entre 1996 a 2004. Os pesquisadores iniciaram o estudo com moradores de casas geriátricas, estendendo a metodologia de avaliação para a atenção domiciliar. O instrumento voltado para o cuidado domiciliar avalia dados sociodemográficos, escala de avaliação cognitiva, comunicação, visão, humor, capacidade funcional, continência, saúde oral e nutricional, uso de medicações, suporte social, tratamentos e procedimentos, entre outros. Este protocolo possibilita a elaboração de um plano de cuidados, de indicadores de qualidade como também a avaliação de resultados (INTER RAI, 2011).

O OASIS foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Colorado Estados Unidos ao final década de 80 e início de 90. Uma nova versão paga do instrumento foi disponibilizada em 2010. É uma ferramenta empregada para avaliação da qualidade de agências de atenção domiciliar americanas com o reconhecimento do Sistema de Saúde Americano (MEDICARE). O instrumento aborda aspectos sociodemográficos, ambientais, sistema de suporte ao idoso, estado de saúde, capacidade funcional e utilização dos serviços de saúde. Permite criar indicadores de estrutura, processo e resultado, como também, estabelecer comparação entre as empresas que proporcionam o serviço. O protocolo serve como um manual de referência e treinamento para os profissionais responsáveis pelo cuidado no domicílio como também serve para apoiar ações multiprofissionais na organização e prestação dos cuidados (OASIS, 2011).

A aplicação assistencial e avaliação destes protocolos tem sido divulgada em artigos científicos internacionais. Ainda que os mesmos não sejam adequados à

realidade brasileira, eles podem embasar a tomada de decisão para a construção de protocolos locais. Em um estudo que tinha como objetivo verificar a prevalência de problemas de segurança do paciente e do cuidador do *home care* canadense, o RAI-Home-Care foi utilizado como ferramenta para avaliação, e seus autores propuseram indicadores comparativos da segurança do paciente em cuidados domiciliares em todas as províncias canadenses. Para os clientes em cuidado domiciliar os riscos de segurança mais prevalentes foram a polifarmácia, declínio na função física, a diminuição da cognição, e história de quedas. Para os familiares e cuidadores informais, o risco de segurança mais predominante foi o de estar com alguém que demonstra o comportamento agressivo (ROSATI, 2009).

Outro estudo revela a alta prevalência, nos Estados Unidos, de depressão em idosos nos seus domicílios e nas instituições de longa permanência. A partir desde dado crescente, a depressão geriátrica ganhou maior atenção no atendimento domiciliar. O OASIS-C foi um instrumento criado para o rastreamento da depressão com base nos critérios diagnósticos e que constatou a segmentação da depressão em atendimento domiciliar pode diminuir a taxa de hospitalização. O instrumento para a triagem foi atualizado com o objetivo de incentivar que as avaliações fossem padronizadas para o diagnóstico. Possibilitando assim, oferecer uma maior oportunidade de identificar a depressão e fornecer tratamento aos idosos sem que estes saiam de seus domicílios (SHEERAN et al., 2010).

No Brasil foi identificado apenas um artigo que versa sobre um relato de experiência da implantação de um instrumento de avaliação inicial aos usuários de um programa de atenção domiciliar em Campo Limpo, São Paulo, a fim de determinar a elegibilidade do usuário ao serviço. O instrumento consta de alguns itens de identificação do usuário, diagnósticos de doenças, avaliação de incapacidade funcional, além dos itens de cuidado assistencial propostos pela Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (SANTOS, 2010).

## **4 METODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo seccional, caracterizado pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (MEDRONHO, 2009).

### **4.2 Local de Estudo**

O estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade Básica do Centro de Saúde IAPI do distrito Noroeste de Porto Alegre. A unidade de saúde possui várias ações programáticas voltadas para a atenção ao idoso e uma destas é o PADA.

O PADA conta com uma equipe de dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga vinculados a Unidade Básica do CS IAPI. Para ingresso no programa o responsável/cuidador faz uma solicitação na Unidade Básica e é entrevistado por um profissional da equipe. Posteriormente, é feita uma visita à sua residência para avaliar a necessidade de atendimento domiciliar. Usualmente, a equipe se divide em dois grupos para realização das visitas, sendo que um grupo faz visitas na segunda-feira e o outro na terça-feira, que são os dias de funcionamento do PADA. Após a primeira visita a equipe propõe o plano de cuidados e determina a frequência das visitas, podendo ser quinzenais até semestrais. O PADA possuía, em abril de 2012, 42 usuários vinculados, sendo 37 usuários com 60 anos ou mais e cinco usuários com menos de 60 anos.

O PADA destina-se aos usuários que preencham os seguintes critérios de inclusão: que resida na área de atuação da Unidade Básica do CS IAPI; que a família, cuidador e usuário se corresponsabilizem nos cuidados e cumprimento do plano de cuidados estabelecido, que sigam as orientações da equipe assistente, assim como comuniquem a mudança de endereço, que comuniquem alterações no estado de saúde do usuário para a equipe assistente; que haja um cuidador responsável e infraestrutura domiciliar que permita a prestação de assistência; e que as condições do usuário enfermo permita seu cuidado em casa.

Quinzenalmente é realizada com a participação de alguns profissionais da equipe a reunião do Grupo de Cuidadores na Unidade Básica do Centro de Saúde IAPI. Essa tem por finalidade fornecer apoio, troca de experiências e informações aos cuidadores dos usuários que estão em acompanhamento no PADA.

### **4.3 População e Amostra**

O estudo foi realizado com os 42 usuários vinculados ao Programa de Atendimento Domiciliar aos Acamados no mês de abril de 2012. A definição do número de participantes foi intencional para que se avaliasse todos os pacientes pertencentes ao Programa.

### **4.4 Coleta dos Dados**

Após aprovação do projeto de pesquisa na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre, iniciou-se a coleta de dados, que ocorreu durante todo o mês de abril de 2012. Primeiramente foi realizada uma listagem dos usuários vinculados ao PADA. A partir desta listagem foi realizado um contato telefônico pela pesquisadora explicado sobre o projeto de pesquisa ao usuário ou cuidador responsável, convidando-o a participar da pesquisa. Após aceite, a pesquisadora agendou uma visita ao domicílio do mesmo. Ao chegar à residência do usuário a pesquisadora explicou o projeto novamente e ofereceu o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). Para os usuários que não tinham condições de comunicar-se, os dados foram coletados com o cuidador principal. Na sequência, era aplicado um instrumento (Anexo A) contemplando as variáveis definidas pelos profissionais do PADA que constituíram o protocolo de avaliação de ingresso para atendimento domiciliar a ser implementado pelo Programa. Dentre estas variáveis estão contemplados aspectos socioeconômicos e sociodemográficos como: tipo de residência, idade, sexo, serviços de saúde utilizados, arranjo familiar, estado conjugal, convívio social, ocupação exercida, renda família, renda *per capita*, número de residentes no domicílio, adaptação do domicílio, organização do ambiente doméstico, presença de barras de apoio e acessibilidade da residência. No item acessibilidade da residência foi considerado o grau de dificuldade para entrar e sair do domicílio, como também,

a facilidade do usuário deslocar-se dentro da própria casa. Foram avaliados ainda aspectos de saúde dos usuários como doenças de base, comorbidades, comportamento de risco atual, hospitalização nos últimos 12 meses, quedas nos últimos 12 meses, polifarmácia, uso de benzodiazepínico, utilização de sondas vesicais, colostomia, nefrostomia e dieta enteral.

Considerou-se doença de base, a patologia principal que o usuário possuía e que lhe acarretou outros agravos de saúde em decorrência da mesma. Já para comorbidade, definimos como as patologias decorrentes ou secundárias a doença base/principal (BRASIL, 2006).

Definimos o uso da polifarmácia quando houve a presença de cinco ou mais fármacos em associação (BRASIL, 2006). A organização do ambiente doméstico foi definida a partir das características observadas durante a entrevista como: organização da residência, dos pertences do usuário, higiene do usuário e limpeza do domicílio.

Foram avaliados ainda, a presença de cuidador familiar, como também, a presença de cuidador contratado e suas respectivas idades.

Foi aplicado o índice de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz com base no Ministério da Saúde que consiste em um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD, ou seja, para avaliar a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes a partir da utilização de um questionário padrão (ANEXO- C) (Brasil, 2006).

Neste questionário a letra A significa que o idoso é independente para todas as atividades, a letra B independente para todas as atividades menos uma, letra C independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional, a letra D independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional, a letra E independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional, letra F independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional, letra G dependente para todas as atividades e Outras quando o idoso for dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F (Brasil, 2006). A escala mostra-se útil, pois evidencia a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as

demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação (BRASIL, 2006).

Foi aplicado, também, um teste rápido de memória (ANEXO-B), o qual a pesquisadora solicitou à pessoa idosa que repetisse o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após 3 minutos, pedir-se que o sujeito falasse novamente. Quando incapazes de repetir, aplicamos de modo complementar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esta é uma das escalas mais completa para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade. Através da aplicação do teste pode-se obter 30 pontos de pontuação máxima, considerando como ponte de corte para alteração cognitiva: analfabetos (19 pontos), usuários com 1 a 3 anos de escolaridade (23 pontos), de 4 a 7 anos de escolaridade (24 pontos) e para usuários com escolaridade superior a 7 anos, 28 pontos (BRASIL, 2006).

#### **4.4 Análise dos Dados**

Foi realizada por meio de estatística descritiva com apoio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absolutas e relativas. Como medida de segurança, foi adotada a dupla digitação dos dados e comparação da frequência das variáveis.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido à Comissão de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (nº. de aprovação do projeto 752) (ANEXO-D). Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE- A). O TCLE foi assinado pelo usuário ou pelo seu cuidador responsável, quando o usuário não conseguiu assinar. Foi assegurada a participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações. Os instrumentos ficarão em posse da pesquisadora por cinco anos e após serão destruídos.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo o roteiro do instrumento utilizado na coleta de dados com os pacientes do PADA. A entrevista foi realizada com seis usuários e com trinta e seis cuidadores.

**Tabela 1** - Características socioeconômicas e demográficas dos usuários do PADA, Porto Alegre, 2012.

<b>Características (n= 42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	59,5
Masculino	17	40,5
<b>Faixa Etária</b>		
19 a 29 anos	2	4,8
30 a 39 anos	1	2,4
50 a 59 anos	2	4,8
60 a 69 anos	3	7,1
70 a 79 anos	11	26,2
80 a 89 anos	14	33,3
90 a 99 anos	8	19,0
100 ou mais	1	2,4
<b>Escolaridade</b>		
Analfabetos	8	19,5
1 a 3 anos de estudo	4	9,8
4 a 7 anos de estudo	13	31,7
Mais 7 anos de estudo	14	34,1
Não freqüentou a escola, mas sabe ler e escrever	2	4,9
Não sabia informar	1	2,4
<b>Serviço de Saúde Utilizado</b>		
Somente o SUS	14	33,3
SUS/Convênio	28	68,7
Convênio e Particular	0	0
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteiro (a)	8	19,0
Casado (a)	15	35,7
Separado (a)	2	4,8
Divorciado (a)	1	2,4
Viúva (a)	16	38,1
<b>Convívio Social</b>		
Somente com familiares	21	50,0
Recebe visitas	13	31,0
Tem contato social fora da residência	8	19,0
<b>Ocupação Exercida</b>		
Aposentado(a)	27	65,9
Pensionista(a)	10	24,4
Recebe auxílio doença	5	11,9

Fonte: Autora

Como podemos observar na Tabela 1, referente à caracterização dos usuários, verifica-se que vinte e cinco eram mulheres, representando 59,5% da

população de pacientes atendidos. Quanto à faixa etária dos usuários quatorze (33,3%) possuíam entre 80 a 89 anos, onze (26,2%) possuíam entre 70 a 79 anos, 8 (19,0%) possuíam entre 90 a 99 anos, 3 (7,1%) possuíam entre 60 a 69 anos, 2 (4,8%) possuíam entre 50 e 59, 2 (4,8%) 19 a 29 anos, e 1(2,4%) usuário pertencia à faixa etária 30 a 39 anos, bem como, outra usuária que estava na faixa dos 100 anos. Referente à escolaridade quatorze (33,3%) dos pacientes referiram ter mais de 7 anos de estudo, 13(31%) de 4 a 7 anos de escolaridade, 4 (9,5%) de 1 a 3 anos de escolaridade, dois usuários não frequentaram a escola, 8 (19%) usuários eram analfabetos e 1(2,4%) não soube informar.

Quanto ao estado conjugal, dezesseis (38,1%) usuários eram viúvos e quinze (35,7%) eram casados. Com relação aos serviços saúde utilizados, observou-se que dos usuários vinte oito (66,7%) utilizavam o SUS e também a um plano privado de atendimento domiciliar de emergência e remoção por ambulância existente no município. Já quatorze (33,3%) usuários utilizam somente o SUS. No item convívio social vinte um (50%) referiram ter contato somente com familiares, treze (31%) recebiam visitas no domicílio regularmente e 8(19%) possuíam contato social fora da residência. Entretanto durante a realização das entrevistas observou-se que este convívio fora do domicílio se refere, na maioria das vezes, a realização de algum tratamento que não é oferecido na residência, como a fisioterapia e a fonoaudiologia.

Dos entrevistados, vinte sete (65,9%) eram aposentados, 10 (24,4%) eram pensionistas e 5 (11,9%) recebiam auxílio doença.

**Tabela 2-** Características da renda e das condições de moradia dos usuários do PADA Porto Alegre-RS, 2012.

<b>Características (n= 42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Renda Familiar</b>		
Um salário mínimo	12	28,6
Dois salários mínimos	12	28,6
Três salários mínimos	9	22,0
Quatro salários mínimos	3	7,1
Cinco salários mínimos	2	4,8
Mais que cinco salários mínimos	3	7,1
Não sabia informar	1	2,4
<b>Renda per capita</b>		
101 até 200 reais	7	16,7
201 até 400 reais	9	21,4
401 até 600 reais	2	4,8
601 até 800 reais	16	38,1
801 até 1000 reais	3	7,1
Acima de 1000 reais	3	7,1
Não sabia informar	2	4,8
<b>Número de Residentes no Domicílio</b>		
Um morador	2	4,8
Dois moradores	18	42,9
Três moradores	10	23,8
Quatro moradores	5	11,9
Cinco moradores	3	7,1
Seis moradores	1	2,4
Sete moradores	1	2,4
Oito moradores	1	2,4
Não sabia informar	1	2,4
<b>Moradia</b>		
Própria do usuário	16	38,1
Própria da família	21	50,0
Alugada	3	7,1
Cedida	2	4,8
<b>Acessibilidade da Residência</b>		
Sim	11	26,2
Não	31	73,8
<b>Presença de Barras de Apoio</b>		
Sim	7	16,7
Não	35	83,3
<b>Adaptação do Domicílio</b>		
Sim	23	54,8
Não	19	45,2
<b>Tipo de Adaptação</b>		
Cama hospitalar	8	33,3
Cadeira de rodas	6	25,0
Cadeira de banho	3	12,5
Cadeira de banho	3	12,5
Barra de apoio no banheiro	1	4,2
Andador	1	4,2
Cadeira de banho e barra de apoio	1	4,2
Cadeira de rodas e cama hospitalar	1	4,2
Cama hospitalar e barra de apoio	1	4,2
<b>Organização do Ambiente Doméstico</b>		
Sim	33	78,6
Não	8	19,0
Não foi possível coletar o dado	1	2,4

Fonte: Autora

Pode-se identificar na Tabela 2, as características da renda e das condições de moradia dos usuários do PADA.

Com relação à renda familiar destaca-se que doze (28,6%) usuários recebiam um salário mínimo, tendo o mesmo percentual para os usuários que recebiam dois salários mínimos e 9 (22%) recebiam três salários mínimos. Quanto ao número de residentes no domicílio, dezoito (42,9%) residências possuíam dois moradores, 10 (23,8%) possuíam três moradores e 2 (4,8%) usuários, que eram idosos, viviam sozinhos. Com relação à *renda per capita*, destaca-se que 16 (38,1%) recebiam 601,00 a 800 reais, 9 (21,4%) recebiam entre 201,00 a 400 reais e , 7 (16,7%) recebiam entre 101,00 a 200 reais Com relação a este item *renda per capita*, a entrevistadora teve dificuldade durante a coleta de dados pois grande parte dos usuários não sabia responder a renda familiar, mas somente a sua própria renda, outras vezes a família/cuidador ou cuidador contratado não conseguia informar este dado, pois não era este que administrava as finanças do domicílio/ família.

A maioria dos usuários, trinta e sete (88,1%) moravam em residência própria ou da família, três (7,1%) relataram residir em moradias alugadas e dois (4,8%) usuários relataram ainda residir em moradia cedida.

Quanto à acessibilidade da residência, 31 (73,8%) foram avaliadas como não dispo de acessibilidade e 11 (26,2%) com acessibilidade para entrar e sair da sua residência. As adaptações estavam presentes em 23 (54,8%) domicílios. A cama hospitalar e a cadeira de rodas foram as adaptações mais frequentes utilizadas pelos usuários. Já a presença de barras de apoio foi identificada em apenas 7 (16,7%) dos domicílios visitados. Em 33 (80,5%) domicílios o ambiente doméstico era organizado para as necessidades dos usuários. Não foi possível analisar este item durante a coleta de dados de uma paciente, pois a entrevista foi realizada com uma cuidadora fora do domicílio onde residia a usuária.

**Tabela- 3** Condições de saúde dos usuários do PADA Porto Alegre-RS, 2012.

<b>Condições de saúde( n= 42)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Presença de Doença de Base</b>		
Sim	42	100
Não	0	0
<b>Doença de Base</b>		
AVC	20	47,6
Alzheimer	7	16,7
Parkinson	4	9,5
Artrose	4	9,5
Paralisia Cerebral	3	7,1
Diabetes Mellitus	2	4,9
Comprometimento Vascular	2	4,9
Fratura de Fêmur	1	2,4
Câncer	1	2,4
Obesidade	1	2,4
Aneurisma Aórtico	1	2,4
Síndrome de Down	1	2,4
Esclerose Lateral Amiotrófica	1	2,4
Atrite	1	2,4
Demência	1	2,4
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1	2,4
Depressão	1	2,4
Prótese de Fêmur	1	2,4
Tumor na Coluna	1	2,4
<b>Comorbidades</b>		
Sim	38	90,5
Não	4	9,5
<b>Comorbidades</b>		
HAS	22	52,4
Depressão	14	33,3
DM	11	26,2
Artrose	7	16,7
Demência	7	16,7
Úlcera de Pressão	5	11,9
Alzheimer	3	7,1
Obesidade	3	7,1
Câncer de Pele	2	4,8
AVC	2	4,8
Parkinson	2	4,8
Insuficiência Renal	2	4,8
Arritmia Cardíaca	1	2,4
Diverticulite	1	2,4
Desnutrição	1	2,4
<b>Tabagismo</b>		
<b>Uso atual</b>		
Sim	0	0
Não	36	85,4
<b>Ex-tabagista</b>		
	6	14,6
<b>Quanto tempo parou de Fumar</b>		
Há um ano	1	16,7
Há 5 anos	2	33,3
Há 10 anos	3	50,0
<b>Hospitalização nos últimos 12 meses</b>		
Sim	23	54,8
Não	19	45,2

Continua

<b>Motivo da última internação</b>		
Infecção Urinária	5	11,9
AVC	3	7,1
Pneumonia	2	4,9
Queda	2	4,9
Fratura de Fêmur	2	4,9
Insuficiência cardíaca congestiva	1	2,4
Anemia	1	2,4
Mioma	1	2,4
DM	1	2,4
HAS	1	2,4
Abscesso	1	2,4
Colostomia	1	2,4
Gastrite	1	2,4
Febre	1	2,4
Pancreatite Aguda	1	2,4
Convulsão	1	2,4
Gastrostomia	1	2,4
Hemorragia ânus e reto	1	2,4
<b>Quedas nos últimos 12 meses</b>		
Sim	21	50,0
Não	20	47,6
Não sabia informar	1	2,4
<b>Uso de polifarmácia</b>		
Sim	29	69,0
Não	13	31,0
<b>Uso de benzodiazepínico</b>		
Sim	9	21,4
Não	33	78,6
<b>Utilizam os seguintes itens</b>		
Sonda Vesical de Demora	1	2,4
Colostomia	1	2,4
Gastrostomia	1	2,4
Dieta Enteral	5	11,9
Não utiliza nenhum destes acima	34	81,0
<b>Índice de Katz</b>		
A/B/C	9	21,4
D/E	4	9,5
F/G	27	64,3
Outro	2	4,8
<b>Teste de Memória Alterado</b>		
Sim	33	78,6
Não	8	19,0
Não realizado	1	2,4

---

Fonte: Autora

Conclusão

Na Tabela 3 pode-se observar as características de saúde dos usuários. Todos os pacientes entrevistados possuíam alguma doença de base, sendo a mais frequente o acidente vascular cerebral em vinte (47,6%) usuários. A doença de Alzheimer foi referida por 7 (16,7%) usuários/cuidadores; já casos de Parkinson e artrose foram informados por 4 (9,5%), paralisia cerebral foram identificados 3 (7,1%) usuários. Verificou-se que trinta e oito (90,5%) usuários apresentavam comorbidades sendo a mais frequente a hipertensão arterial em vinte e dois (52,4%)

dos casos, a depressão em quatorze (33,3%) e a diabetes mellitus (DM) em onze (26,2%). Ressalta-se que a maioria dos usuários apresentaram mais de uma comorbidade. No que se refere à hospitalização nos últimos doze meses, vinte e três (54,8%) usuários foram hospitalizados, sendo os motivos mais freqüentes em, 5(11,9%) deles por infecção urinária e 3 casos por acidente vascular cerebral. Já as quedas, pneumonias e fraturas de fêmur ocorreram em 2 (4,9%) usuários cada uma.

Nos últimos 12 meses, vinte um (51,2%) usuários tiveram uma ou mais quedas. A maioria, trinta e quatro (81%), não utiliza sondagem vesical de alívio ou de demora, como também, colostomia, gastrostomia e dieta enteral. A utilização de dieta enteral foi constatada em 5 (11,9%) dos usuários, já a utilização de sonda vesical de demora, a gastrostomia e a colostomia, foram menos freqüentes, sendo identificado apenas um paciente (2,4%) para cada um destes tipos de tratamento.

A polifarmácia foi relatada por vinte e nove (69%) dos usuários e 9 (21,4%) relataram o uso de benzodiazepínico.

Dos usuários, 6 (14,6%) haviam fumado durante algum período da sua vida. Dos ex-tabagistas 3 (50%) haviam parado de fumar há 10 anos, 2 (33,3%) há 5 anos e 1 (16,7%) há um ano. No período da coleta de dados, todos os usuários negaram o tabagismo, o uso de drogas e o uso álcool.

Quanto ao grau de dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD) vinte e sete (63,4%) usuários apresentaram no índice de Katz o resultado F/G (dependência para todas as atividades ou dependência para todas as atividades, exceto para uma), 9 (21,4%) apresentaram o resultado A/B/C (independente para todas as atividades, independente para todas as AVD menos uma e independente para todas as AVD menos banho e mais uma adicional) e 4 (9,5%) dos pacientes apresentaram o índice D/E (independente para todas as atividade exceto banho, vestir-se e mais uma adicional, independente para todas as AVD, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional). Dois usuários (4,8%) apresentaram o resultado Outros, que corresponde a dependência em pelo menos duas funções, mas que não se classifica nas categorias C, D, E e F.

Em relação à avaliação da função cognitiva realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental, observou-se que trinta e três (78,6%) usuários apresentaram alteração na função cognitiva. O teste aplicado nos pacientes não foi realizado com uma usuária, pois estava viajando.

**Tabela - 4** Características dos cuidadores dos usuários do PADA Porto Alegre-RS, 2012.

<b>Características do cuidador (n= 42)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cuidador Familiar</b>		
Esposa	11	26,8
Esposo	2	4,9
Filha	16	39,0
Filho	3	7,3
Neta	2	4,9
Neto	1	2,4
Mãe	4	9,8
Irmã	1	2,4
Mora sozinho	2	4,9
<b>Idade Cuidador Familiar</b>		
15 a 29 anos	1	2,6
30 a 39 anos	3	7,9
40 a 49 anos	4	10,5
50 a 59 anos	11	28,9
60 a 69 anos	5	13,2
70 a 79 anos	14	36,8
<b>Possui cuidador contratado</b>		
Sim	14	33,0
Não	28	67,0
<b>Idade Cuidador Contratado</b>		
30 a 39 anos	1	7,1
40 a 49 anos	1	7,1
50 a 59 anos	10	71,4
60 a 69 anos	1	7,1
70 a 79 anos	1	7,1

Fonte: Autora

Todos os pacientes recebiam cuidados de familiares. Estes dados podem ser visualizados na Tabela 4 - Características dos cuidadores dos usuários do PADA-, sendo o cuidado mais frequente prestado pelas filhas em dezesseis (39%) casos. Já outros onze (26,8%) usuários recebiam cuidados prestados pelas esposas. Verifica-se ainda que, entre esses, quatorze (33%) usuários recebiam cuidados também de cuidadores contratados. A faixa etária mais frequente, dos cuidadores familiares era entre 70 aos 79 anos (36,8%) e onze (28,9%) cuidadores estavam entre 50 e 59 anos. Já 10 (71,4%) dos cuidadores contratados estavam na faixa etária de 50 a 59 anos.

## 6 DISCUSSÃO

Como já apresentado nos resultados, verificou-se entre os usuários a prevalência do sexo feminino e de usuários idosos. Este achado pode estar relacionado à mortalidade diferencial por sexo e à feminização do envelhecimento (CAMARANO, 2006). Segundo o Censo de 2010, a expectativa de vida das mulheres ao nascer era superior à dos homens aproximadamente, sete anos (IBGE, 2010).

Referente à escolaridade a maioria dos usuários completou pelo menos o primário, ou seja, quatro anos de estudo. Considerando a época em que os usuários frequentavam a escola, este nível de escolaridade pode ser considerado alto. O que pode estar associado com a ocupação no setor industrial. Sabe-se que as pessoas com menor escolaridade, têm o nível de compreensão do estado de saúde e doença menor daquelas com mais anos de estudo

Quanto à faixa etária dos usuários idosos, utilizando-se as subfaixas propostas por Veras (2002): *jovens idosos* (60 a 69 anos), *meio idosos* (70 a 79 anos) e *idosos* (a partir de 80 anos) observou-se que mais da metade dos usuários assistidos pelo PADA caracterizam-se como idosos, ou seja, pessoas a partir de 80 anos. Sabe-se que o grupo etário a partir de 80 anos é o que mais cresce, atualmente, devido aos avanços de tecnologias em saúde e da melhora dos condicionantes sociais (CAMARANO, 2004). Segundo o último Censo demográfico a população idosa representa 11,3% da população e 1,5% destes idosos possuíam 80 anos ou mais (IBGE, 2010).

O grande número de pessoas com 80 anos ou mais vinculados ao PADA é esperado porque estes idosos devido a fase avançada da vida, tem maior probabilidade de desenvolverem a síndrome da fragilidade, de causa multidimensional, pois envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, que tem como consequência, maior vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos (OLIVEIRA;MENEZES, 2011).

Observou-se durante as entrevistas e no índice de Katz que estes usuários eram muito dependentes, necessitando de cuidados da família e intervenções frequentes da equipe de atenção domiciliar. O ideal seria que estes idosos pudessem ser acompanhados em estágio anterior de desenvolvimento desta fragilidade por uma equipe de atendimento domiciliar, para que fosse possível

desenvolver cuidados de promoção à saúde/ prevenção de doenças com o objetivo de manter por maior tempo a autonomia destes usuários.

Portanto, partindo da conceituação do Ministério da Saúde, considera-se como idoso frágil, ou em situação de fragilidade, aquele que: encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais, outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica ou viva situações de violência doméstica (BRASIL, 2006).

Chama a atenção ainda a complexidade de cuidados que precisa ser executada pela família, que em muitos casos, não dispõe de possibilidades para tal. Questiona-se se alguns destes não necessitariam de um acompanhamento mais frequente ou até mesmo de serem cuidados em instituições de longa permanência.

Conforme já relatado no referencial teórico sobre a Portaria nº 2527 de 2011, os usuários do PADA enquadram-se nas duas modalidades de atendimento domiciliar da atenção básica AD1 e AD2, pelas características de saúde e pela frequência dos cuidados domiciliares necessários para promover um bom cuidado domiciliar. Não foi identificado nenhum usuário, que necessitasse dos cuidados na modalidade AD3, caracterizada pelo cuidado de usuários em uso de oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo, pressão aérea positiva por dois níveis (BIPAP), concentrador de O<sub>2</sub>, diálise peritoneal e paracentese. Cabe ressaltar que a política proposta pela Portaria nº 2527, ainda não foi implementada no município de Porto Alegre.

Em relação ao tipo de atendimento utilizado, o uso simultâneo do SUS e de planos complementares obteve um percentual importante. O serviço de atendimento domiciliar oferecido pelo PADA não funciona todos os dias da semana e tem horário compatível ao do Centro de Saúde, ou seja, das 8h às 17 horas. Como alternativa de atendimento domiciliar, muitos usuários contrataram um plano de atendimento de urgência e remoção domiciliar existente na cidade. Saliencia-se que o município não dispõe de nenhum serviço que garanta atendimento domiciliar 24 horas por dia. Durante a entrevista os familiares dos usuários relataram que quando solicitam atendimento domiciliar ao serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) do município, na maioria das vezes é negado, pois a central de regulação não

considera uma urgência o atendimento solicitado. Assim, os usuários/família acabam por contratar um plano privado para tentar amenizar o problema e sentirem-se mais seguros ao dispor de uma avaliação clínica nos momentos em que o PADA não está disponível.

Outra dificuldade encontrada relatada pelos familiares é o transporte dos acamados para consultas, realização de exames, acompanhamento fisioterápico e fonoaudiológico. O município oferece transporte social para que estes usuários possam sair dos seus domicílios para realização de atendimentos, mas nem sempre o mesmo está disponível.

Quanto ao estado conjugal, a maior parte era casado ou viúvo. Estes dados provavelmente estão relacionados à faixa etária da população estudada como também, a maior longevidade da mulher e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens idosos (CAMARANO, 2003). O estado conjugal poderá influenciar na determinação de quem será o cuidador principal deste idoso, ou seja, na presença do cônjuge, este frequentemente se torna o cuidador. Já os viúvos necessitam de outros familiares, normalmente filhas e netas para realizar o cuidado do mesmo.

Em relação ao grau de parentesco do cuidador, o mais frequente foi filha seguido de esposa. Observou-se que os usuários casados eram normalmente cuidados pelo cônjuge e os viúvos, pelas filhas. Estes resultados são semelhantes a outros estudos sobre idosos atendidos em programas de cuidado domiciliar que identificam que os cuidadores eram do sexo feminino, predominantemente esposas e filhas (KAWASAKI, 2001; QUEIROZ *et al.*, 2010).

Quanto ao arranjo familiar quase a metade dos domicílios possuía dois moradores, correspondendo, na maioria das vezes, ao usuário e cuidador. Esta organização familiar poderá também influenciar no número de cuidadores disponíveis e na dificuldade para divisão de tarefas no cuidado com o acamado.

Verificou-se que a metade dos usuários convive somente com seus familiares, e quase um terço recebeu visitas de outras pessoas em seu domicílio. Chama a atenção ainda que poucos tenham contato social fora das suas residências e, quando ocorre este contato, extra-residencial, ele está relacionado com algum acompanhamento com a fisioterapia e a fonoaudiologia que não são oferecidos no domicílio. A possibilidade de convívio social é um fator muito importante para evitar a solidão, o isolamento e a desvalorização do idoso. Sabe-se que nesta fase da vida

devido à aposentadoria, a inversão dos papéis da família, perdas de entes queridos, limitações físicas e cognitivas, os idosos reduzem seus contatos com grupos sociais e acabam restritos aos seus lares (RAMOS, 2003).

Verifica-se ainda que um terço dos usuários recebiam cuidados também de cuidadores contratados. A faixa etária mais frequente, dos cuidadores familiares está entre 70 aos 79 anos. Já a faixa etária dos cuidadores contratados foi de 50 a 59 anos.

Ao cuidarem sozinhos de seus familiares os cuidadores são privados de liberdade, pois não conseguem sair dos seus domicílios já que não há nenhuma pessoa que possa substituí-lo no cuidado ao acamado. A inexistência de infraestrutura que garanta acessibilidade na cidade é outro fator que dificulta a saída dos cuidadores com os acamados, assim como, a falta de uma rede de apoio formal de cuidadores subsidiado pelo município para que este cuidador/familiar possa ter momentos de descanso e lazer. Com a diminuição do tempo de relacionamento com amigos e vizinhanças, a solidão e as frustrações por não conseguirem colocar em prática seus projetos de vida e sem ter uma equipe para dividir as responsabilidades das tarefas, estes cuidadores são candidatos a desenvolverem sobrecarga. (PEREIRA et al.,2005; KAWASAKI,2001)

Estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (2006) identificou que 64,6% dos cuidadores entrevistados, atuavam de modo permanente no cuidado ao idoso, investindo diariamente cinco horas ou mais em atividades de cuidado direto. Verificou também, que a sobrecarga induz ao autodescuido, e, também reduz o tempo de lazer. Os cuidadores relataram na pesquisa que estavam sempre cansados, que não podiam sair de férias e que sentiam sua saúde piorada.

Todos os usuários recebiam algum tipo de renda. A faixa de renda familiar mais frequente foi de um salário mínimo. Já a renda per capita mais frequente foi de 601 até 800 reais, ou seja, de 1 a 2 salários mínimos. É possível que esta informação não seja totalmente fidedigna já que, muitas vezes os usuários e cuidadores contratados não sabiam responder a renda da família. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio da região Noroeste, a qual estes usuários residem, é de 12,34 salários mínimos (OBSERVAPOA, 2011). Verifica-se que a renda da região é elevada, e que a renda dos usuários que utilizam o PADA está bastante abaixo da renda média da região. A situação financeira poderá influenciar no cuidado recebido pelos usuários como também, aumentar as chances de sobrecarga do cuidador

devido a dificuldade de contratação de um cuidador, de terapias que não são oferecidas no SUS, na compra de medicações e de materiais necessários para a realização do cuidado domiciliar.

Em relação à moradia, a maioria dos usuários vivia em casa própria ou da família, mas três usuários moravam em casas de aluguel e dois em casas cedidas.

Com relação a ser proprietário verifica-se que o distrito de saúde onde residiam estes usuários corresponde a uma antiga região industriária da cidade com construções ligadas à previdência social da época, tendo uma boa infraestrutura como: saneamento básico, transporte, grandes avenidas, prédios baixos e casas antigas. É provável que estes usuários tenham adquirido estas residências quando trabalhavam nas indústrias desta região.

Quanto aos três usuários que pagavam aluguel, provavelmente os mesmos vivem, em uma situação de maior vulnerabilidade, pois como vimos a renda da população estudada não é muito elevada. Assim, o aluguel compromete uma grande parte da renda destes usuários. Os dois usuários com casas cedidas estão em uma situação de maior vulnerabilidade ainda, pois dependem de favor da pessoa que está cedendo o domicílio e correm o risco de perder o acompanhamento de saúde do PADA se saírem da área de abrangência do Centro de Saúde.

Em relação a acessibilidade, grande parte das residências não possuíam infraestrutura para que os usuários conseguissem se locomover dentro do próprio domicílio, nem, para entrar e sair do mesmo. Como já mencionado anteriormente, é de extrema importância a ambiência da cidade e do domicílio para segurança e autonomia do usuário e do cuidador.

A presença de barras de apoio e adaptação do domicílio para as necessidades do usuário teve um baixo percentual sendo as adaptações mais frequentes, a cama hospitalar e a cadeira de rodas. Estes dados refletem o grau de imobilidade e dependência dos pacientes. Para os usuários que ainda possuem algum grau de mobilidade o maior risco para eles é de queda em função da ausência de adaptações de segurança.

Quanto às quedas mais da metade dos usuários tiveram um ou mais episódios nos 12 meses anteriores a coleta de dados, este fato demonstra a fragilidade destes usuários e pode também estar relacionado a ausência de adaptações no domicílio para as necessidades destes. O Ministério da Saúde, no manual da Casa Segura, orienta aspectos importantes de adaptação tais como: o

acesso fácil, sem barreiras, com piso externo áspero e marcações claras no caminho, trincos de segurança deslizantes, maçaneta tipo alavanca, rampas para vencer desníveis, boa iluminação: interruptores de luz próximos da cama, luz de emergência e luz noturna nos banheiros, ambientes livres de obstáculos, barras de segurança em alguns cômodos, gavetas de fácil abertura, objetos de uso frequente devem estar em locais de fácil acesso. Entretanto, nem sempre a aquisição ou realização de todos estes cuidados são possíveis, em função da renda da família e da disponibilidade de pessoas para execução destas adaptações (BRASIL,2006).

Este elevado índice de quedas pode estar relacionado também ao grau de fragilidade em algum aspecto – como alterações sensitivas (visual, audição, tato, equilíbrio), perda de força muscular ou alterações cardíacas e vasculares graves. Existem também as causas secundárias, como o uso de medicações que podem alterar a pressão arterial e provocar tontura (BRASIL, 2006). Em relação a isso, verificou-se que dos usuários / cuidadores entrevistados mais da metade referiu o uso de polifarmácia pelos usuários e um quinto relatou o uso de benzodiazepínico.

Em um estudo realizado com idosos de 65 anos ou mais, residentes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, a prevalência de queda foi de 35%. Dentre os idosos que sofreram quedas, 12% tiveram fratura como consequência (THUMÉ et al.,2010).

Com isso, é importante que exista um incentivo à prática de atividade física ou fisioterapia para melhorar o equilíbrio e a marcha, diminuindo o risco de quedas, além da adequação dos ambientes públicos e dos domicílios para as necessidades da população idosa. Isso diminuiria os custos para o Estado em hospitalização e em cuidados por consequência das quedas.

No estágio curricular realizado na atenção primária em Madri - Espanha pode-se observar diversas iniciativas do município em adaptar as residências dos idosos para evitar acidentes como quedas. Um exemplo era a troca de banheiras por chuveiro, colocação de barras de apoio, troca de fogões a gás por elétricos nos domicílios dos idosos. A implementação de uma central telefônica onde pessoas contratadas ligavam para os idosos a cada três dias para verificação do estado de saúde dos mesmos, estes possuíam um dispositivo de alarme vinculado à central que era usado no pescoço como um colar, quando necessitassem devido à uma

queda ou mal estar, poderiam ativar o dispositivo e a central enviava uma pessoa à casa do idoso. Um dos quesitos para ser incluído neste programa era deixar uma cópia da chave da residência nesta central de atendimento telefônico.

Dos usuários, mais da metade, tiveram uma ou mais hospitalizações nos últimos doze meses, sendo a causa mais frequente de hospitalização a infecção urinária, seguida pelo AVC, quedas/fratura e pneumonia, que também tiveram um percentual significativo.

A hospitalização é um critério para caracterizar fragilidade, ou seja, considera-se em situação de fragilidade ou frágil o usuário que esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão (BRASIL 2006).

Como já mencionado a maioria dos usuários do PADA são acamados, tendo pouca ou nenhuma mobilidade no leito, esta característica pode estar relacionada ao número de infecções urinárias que os usuários desenvolveram devido à dificuldade de realizar as trocas de fraldas pelos cuidadores que em sua maioria também são idosos, predispondo a proliferação de bactérias gerando assim infecções no trato urinário. Uma das usuárias hospitalizou-se por infecção urinária, ela utilizava sonda vesical de demora que também aumenta a probabilidade de desenvolver infecção no aparelho urinário. A pneumonia pode estar associada também a imobilidade e a dependência para a realização das AVD.

Uma das questões sugeridas pela equipe para compor o protocolo refere-se a avaliação da organização do domicílio. Acredita-se que esta é uma característica subjetiva, logo difícil de mensurar, pois poderão existir grandes variações dependendo do profissional que irá avaliar. Sugere-se a discriminação dos itens a serem avaliados para caracterizar a organização do domicílio. Os critérios utilizados durante as entrevistas foram: adaptações no domicílio para o acamado, organização da família para com o acamado, limpeza e organização doméstica.

Todos os pacientes apresentaram doença de base e a grande maioria apresentava comorbidades. A doença de base mais frequente foi o AVC. Nos últimos anos, o AVC tem sido identificado como a primeira causa de morte no Brasil. A mortalidade é apenas uma das medidas de saúde pública que demonstra o impacto do AVC, sendo outra igualmente importante a sequela e, conseqüentemente a improdutividade, perda de qualidade de vida e aposentadoria precoce do indivíduo (BRASIL, 2004).

Estudo realizado pelo serviço de atenção domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição também identificou um grande número de usuários portadores de sequelas de AVC e evidenciaram ainda que o atendimento domiciliar propiciou a redução de custos em relação à internação hospitalar (LOPES, 1998). Na Espanha, as sequelas de AVC e as síndromes demenciais representaram, respectivamente, 43% e 27% da demanda de cuidados no primeiro ano de funcionamento de uma equipe de suporte ao cuidado domiciliar a idosos (LÓPEZ, 2001).

Dos usuários mais da metade possuem como comorbidade hipertensão arterial, sendo a depressão a segunda comorbidade mais frequente. As doenças cardiovasculares são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, corresponderam em 2007, a 29,4% dos óbitos em todas as idades e a 37,7% de mortes entre os idosos (BRASIL, 2007). Já a depressão é outro dano frequente e que necessita de uma intervenção específica e acompanhamento da equipe, haja visto que estes usuários possuem uma rede de apoio restrita, passam a maior parte da vida dentro de suas residências, têm dificuldade de se mobilizar mesmo dentro de suas residências e possuem doenças incapacitantes.

Em relação aos usuários jovens, menores de 60 anos, identificou-se que os mesmos eram portadores de paralisia cerebral, síndrome de Down e tumor na coluna vertebral. Destes usuários somente um foi hospitalizado nos últimos doze meses devido a uma infecção urinária. O nível de dependência conforme o índice de Katz foi F/G o mais frequente. Estes dados demonstram que a população jovem acamada tem características semelhantes de dependência e necessidades de cuidados aos usuários idosos, sendo necessário o acompanhamento no domicílio e uma rede de apoio para atender estes usuários.

Nenhum usuário no momento da entrevista relatou fumar, utilizar drogas e álcool, mas sete usuários referiram que durante algum período da sua vida já havia fumado. Observa-se a importância de questionar a história pregressa dos usuários, pois os hábitos de vida passados são condicionantes para o desenvolvimento de patologias futuras como a hipertensão arterial que esteve presente em mais da metade da população estudada. Há outros fatores importantes a serem avaliados como hábitos alimentares, a prática de atividade física, história familiar de doenças crônicas entre outros.

A maioria dos usuários não necessitava utilizar terapias invasivas como sonda vesical de demora, gastrostomia, colostomia e alimentação enteral. Estas terapias

são mais complexas exigindo maior habilidade dos cuidadores informais e maior frequência de cuidados e assistência de uma rede de apoio formal. Conforme já mencionado anteriormente a Portaria 2527 de 2011, define três categorias para atendimento domiciliar e os usuários do PADA que utilizam estes tipos de terapias invasivas seriam acompanhados por uma equipe AD tipo 2 caso esta portaria fosse implementada no município. Hoje, estes usuários são atendidos pelo PADA, mas necessitam de cuidados mais freqüentes em decorrência do uso destas terapias.

Quanto ao grau de dependência dos usuários, mais da metade apresentou no índice de Katz o resultado F/G que representa dependência para todas as atividades da vida diária ou dependência para todas as atividades, exceto para uma. Também no exame da avaliação da função cognitiva a maioria dos usuários apresentou resultado alterado. Estes dados, como já mencionado, refletem o grau de fragilidade e dependência dos usuários pertencentes ao programa. Devido ao déficit cognitivo estes usuários não possuem autonomia para decidir sobre suas vidas, dependendo do cuidador também neste aspecto.

Como sugestão de inclusão no protocolo do PADA, a escolaridade do cuidador é um item importante para organização do cuidado e transmissão de informações para com o cuidador.

## 7 CONCLUSÕES

Verificou-se nesta investigação que a maioria dos usuários encontrava-se na faixa etária entre 70 a 89 anos, eram casados ou viúvos, utilizam o SUS e um plano de atendimento domiciliar de emergência. A renda média familiar variou de um a dois salários mínimos, a maioria das casas não possuía acessibilidade.

A doença de base mais freqüente foi o acidente vascular cerebral e a comorbidade mais freqüente foi hipertensão arterial. Nos últimos 12 meses mais da metade dos usuários tiveram uma ou mais hospitalizações e a ocorrência de quedas

O grau de dependência no índice de Katz para a realização das atividades da vida diária, mais freqüente, foi o F/G. No exame do estado mental, a metade dos usuários apresentaram resultado alterado em relação à cognição. O cuidado aos usuários era prestado, na maioria das vezes, pelas filhas e esposas.

Através deste estudo pode-se evidenciar a importância do serviço de atenção domiciliar, considerando as mudanças nas necessidades de saúde da população brasileira decorrentes da transição demográfica e epidemiológica. A baixa cobertura dos serviços de cuidados domiciliares no Brasil mostra que hoje o Estado é ineficiente para atender as necessidades dos idosos, fazendo que estes busquem serviços complementares no mercado privado. O serviço de atendimento domiciliar público deveria ser ampliado para suprir as necessidades desta parcela crescente da população, que na grande maioria encontra-se em situação de vulnerabilidade social, visto que já existe legislação específica para implementar esta modalidade de atenção.

Outro aspecto relevante é a necessidade de responsabilização da gestão pública em garantir o acesso aos idosos a instituições de longa permanência, a uma rede de cuidadores formais e a outras atividades cotidianas que são benéficas a saúde do idoso, como espaços de lazer, centro de convivência, e adequação dos espaços públicos e domiciliares as limitações desta população, como estratégia de manutenção da autonomia e promoção da qualidade de vida.

Políticas públicas centradas na prevenção e promoção da saúde garantem os direitos fundamentais dos usuários como também diminuem os gastos públicos com os agravos de saúde decorrentes de quedas, depressão e outras patologias.

Diminuem, por conseqüência, o número de internações hospitalares, tratamentos de cura e de reabilitação. De modo simultâneo estas políticas necessitam dar conta também dos usuários portadores de incapacidades por meio de tratamento, reabilitação e prevenção de complicações nos agravos já instalados.

O instrumento de caracterização dos usuários do PADA criado pela equipe de saúde é uma ferramenta que auxiliará na avaliação inicial dos usuários e no dimensionamento do cuidado a ser prestado, possibilitando a elaboração de um plano de cuidados inicial. Para o aprimoramento do protocolo de atendimento sugere-se a ampliação do questionário, visto a abrangência de categorias existentes nos protocolos internacional e que trariam maiores parâmetros de cuidado para equipe como: identificar para quais atividades de vida diária o usuário recebe ajuda, comprometimento nutricional, presença de úlceras de pressão e medicações em uso. Que os testes de AVD, o Mini Exame do Estado Mental e sobrecarga do cuidador sejam aplicados com periodicidade para avaliar a evolução do quadro de saúde dos acamados e da assistência domiciliar prestada. Recomenda-se também, a inclusão da escala de depressão geriátrica, devido o número significativo de casos na população e avaliação da sobrecarga dos cuidadores. Quanto às questões sobre hábitos de vida sugere-se alterar as mesmas, buscando identificar também a história pregressa sobre tabagismo, alcoolismo e uso de drogas.

Por meio da aplicação do protocolo a equipe terá dados padronizados da saúde da população assistida possibilitando a análise longitudinal do estado de saúde e da resolutividade da assistência, como também, a equipe poderá comparar seus resultados com outros serviços que apliquem protocolos de atendimento domiciliar.

A enfermagem tem um papel fundamental na realização de estudos nesta área do conhecimento, bem como, na elaboração de protocolos de atendimento domiciliar locais, haja vista as nossas competências em planejar, gerir e realizar cuidados de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde.

Faz-se ainda necessário a articulação entre os serviços de saúde e a universidade, para que sejam desenvolvidos os três eixos de ação da universidade (ensino, pesquisa e extensão) em consonância com as reais necessidades da sociedade. Também é necessária a inclusão de disciplinas sobre envelhecimento nos currículos da graduação área da saúde

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1103-1112, 2009.

ACCIOLY, Domingues M. R. Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso. Dissertação (Mestrado). **Faculdade de Saúde Pública**. Universidade de São Paulo. 2000. 113p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=0642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de atenção à saúde do idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002.Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_estaduais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf) Acessado em: 02 nov.2011.

\_\_\_\_\_. **Avaliação na Atenção Básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília:MS, 2005. Disponível em <[http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/0/1/110-avaliacao\\_atencao\\_basica\\_em\\_saude.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/0/1/110-avaliacao_atencao_basica_em_saude.pdf)>. Acesso em: 30 de set. 2011.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico sobre o processo de Envelhecimento Populacional e a Situação do Idoso**. Brasília:MS, 2002. Disponível em: <[bvse.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=006](http://bvse.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=006)>. Acesso em: 22 de nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**.Brasília:MS,2006. Cadernos de Atenção Básica nº 19 Série A.Normas e Manuais Técnicos Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf) Acesso em: 15 de jun.2012.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informações sobre mortalidade. DATASUS -TABNET**. Indicadores e dados básicos. Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 de jun.2012.

BRASIL.Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** ; 25 jan.,2008.Disponível em: [www.faders.rs.gov.br/.../1286298438PORTARIAx154xNASF.doc](http://www.faders.rs.gov.br/.../1286298438PORTARIAx154xNASF.doc). Acesso em: 03 de Nov.2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em 15 de jun.2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em:  
<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2527-%5B5051-041111-SES-MT%5D.pdf>. . Acesso em 15 de jun.2012.

CALDAS, Célia Pereira. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Junior, Carlos E.A (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 51-71.

CAMARANO, Amélia Ana. **Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento e Gestão, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?.** Rio de Janeiro: Instituto de Economia Aplicada, 2004.

COSTA, Elisa Franco de Assis; PORTO Celmo Celeno; SOARES, Aline Thomaz. **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia.** *Revista da UFG*, Goiás, v. 5, nº. 2, dez 2003 .Disponível em:< [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/envelhecimento.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html).> Acesso em 16 de set de 2011.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; THUME, Elaine ;HALLAL, Pedro Curi. **Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos.** *Revista. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p. 113-120, 2010.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad, Política Social y Igualdad, **Instituto de Mayores y Servicios Sociales.** Madrid, 2009. Disponível em: < [http://www.imsero.es/imsero\\_01/actualidad/2010/abril/IM\\_032963](http://www.imsero.es/imsero_01/actualidad/2010/abril/IM_032963)>. Acesso em: 22 de nov. 2011.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.986-994, 2004.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida; MENEGHEL, Stela Nazareth; FERLA, Alcindo Antônio. Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado: Integralidade do Cuidado a partir da experiência de uma unidade Básica de Saúde. In: Herédia V.B.M. *et al* (Org.). **Envelhecimento, saúde e políticas públicas.** Caxias do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2007. Cap. 7, p. 113-130.

GIACOMOZZI, Clélia Mozar; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v 15 ,n.4, p.645-663 ,2006.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis,SC. **Texto Contexto-enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 570-7,2006.

INTER RAI. [**Site Oficial**]. [2011]. Disponível em: <<http://www.interrai.org>> Acesso em: 21 de nov.2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios**, 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 97p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 21 de set.2011.

\_\_\_\_\_. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 20 de set.2011.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1717&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1)> Acesso em: 19 de set. 2010.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria, José, D'Elboux. . Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. Revista Escola Enfermagem USP, v.35,n.3,p. 257-64, 2001.

KEENAN, J. M.; HEPBURN, K. W. Home Care In: HAM, R. J.; SLOANE, P. D. **Primary care geriatrics: a case-based approach**. St. Louis: Mosby, 1997.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Sociedade**, São Paulo,v.15,n.2,p.88-95,2006.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. 2000. Tese (doutorado) - Programa de Pósgraduação de Enfermagem. UFSC, Florianópolis 2000.

LITVOC, Julio; BRITO, Francisco Carlos de. **Envelhecimento, Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, JMC; OLIVEIRA MBH. Assistência domiciliar: uma proposta de organização: momentos e perspectivas em saúde. **Revista Técnico- Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, v. 11,n.1, p.63-69,1998.

LÓPEZ, Requena, A *et al.* Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). **Atenção Primária**,v.28,n.10, p.652-56, 2001.

PEREIRA, Rosa; FULLER, R. Doenças osteoarticulares. In: **Envelhecimento, Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARRELLI TM. Welcome to home care: the health setting of the future. In: MARRELLI, TM (Org.) **Handbook of home health orientation**. Sant Louis: Mosby, 1997.

MEDRONHO, Roberto de Andrade. Estudos Seccionais In: **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 10, p. 193-219.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina**, v.18, n.4, p.3-11, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009. p.140-141.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.779-789, 2011.

OASIS [*Site Oficial*]. 2011. Acesso em: 21 de nov.2011.

<[https://www.cms.gov/HomeHealthQualityInits/12\\_HHQIOASISDataSet.asp](https://www.cms.gov/HomeHealthQualityInits/12_HHQIOASISDataSet.asp)> Acesso em: 10 de maio de 2012.

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, v.20, n.2, p. 301-309, 2011.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. **Censo mostra que Porto Alegre tem cada vez mais idosos e menos Jovens**, 2011. Porto Alegre: OBSERVA POA, 2011. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?reg=2&p\\_secao=17](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?reg=2&p_secao=17)>. Acesso em: 17 de set de 2011.

PEREIRA, Maria José Bifanda et al. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1001-10, 2005.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.11, n.3, p. 657-667, 2006.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos de; LEMOS, Naira de Fátima Dutra and RAMOS, Luiz Roberto. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.6, p. 2815-2824, 2010.

RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar**: uma 'nova' modalidade de atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm>>. Acesso em: 5 ago. 2004.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p 793 – 798, 2003.

ROSATI, R.J. The History of Quality Measurement in Home Health Care. **Clinical Geriatric Medic**, v.25, n.1, p.121-34,2009.

SANTOS, Sônia de Oliveira *et al.* **Critérios de elegibilidade e plano mínimo de acompanhamento integrado no serviço de assistência domiciliar do Campo Limpo**: relato de experiência. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2010.

SHEERAN, Thomas *et al.* The PHQ-2 on OASIS-C: A New Resource for Identifying Geriatric Depression Among Home Health Patients. **Home Healthc Nurse**,v.28,p.92–104,2010.

THUME, Elaine *et al.* Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.6, p. 1102-1111, 2010.

VERAS, R. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPANÉO NETTO,(Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento numa visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.p.383-393.

## APÊNDICE - Termo de Consentimento livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Caracterização dos usuários do Programa de Atenção Domiciliar aos Acamados em um Centro de Saúde no Município de Porto Alegre**. O estudo tem como objetivo caracterizar os usuários do Programa Atenção Domiciliar aos Acamados do Centro de Saúde IAPI.

Caso o idoso não tiver condições de responder à entrevista, a mesma será realizada com o cuidador ou familiar que estiver presente. Pedimos que você tente se colocar no local do idoso que está acompanhando e responda às perguntas como se fosse ele. Em nenhum momento seu nome ou o do idoso que você acompanha aparecerá nos resultados apresentados. As informações necessárias ao estudo serão coletadas através de entrevista com perguntas sobre informações pessoais do idoso, situação de saúde, dados sócio-econômicos. As entrevistas serão realizadas no domicílio de cada participante da pesquisa, com tempo aproximado de 30 minutos.

Os pesquisadores consideram que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, em que o desconforto emocional que as perguntas da entrevista podem trazer ao sujeito de pesquisa. Os benefícios que o estudo pode trazer é a possibilidade de conhecer o perfil dos usuários pertencente ao PADA e assim, proporcionar um cuidado mais qualificado. A sua participação no projeto tem caráter voluntário, não envolvendo qualquer tipo de custo ou remuneração. Há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento em nenhum serviço de saúde do município. As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e o seu nome não será divulgado. Em caso de dúvidas, o Sr (a) pode contatar o pesquisador responsável pelo número: (51) 33085425, ou o Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo número: (51)32895517.

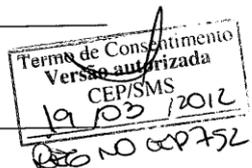
Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome



Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

### ANEXO A – Instrumento de caracterização dos usuários do PADA

<b>Dados do (a) Usuário (a)</b>		
Nome:	Sexo:	Idade:
Serviços de saúde utilizados: ( ) Somente SUS ( ) SUS e Convênio/Particular ( ) Convênio e Particular		
<b>Aspectos Sociais do (a) Usuário (a)</b>		
Estado Civil: ( ) solteiro (a) ( ) casado (a) ( ) separado (a) ( ) divorciado (a) ( ) viúvo (a)		
Convívio Social: ( ) somente com familiares ( ) recebe visitas ( ) tem contato social fora da residência		
Ocupação exercida:	Quantos anos de estudo:	Renda familiar: _____:
Moradia: ( ) própria do usuário ( ) própria da família ( ) alugada ( ) cedida		Residentes no domicílio: _____
Acessibilidade da residência:  ( ) sim ( ) não	Barras de apoio: ( ) sim ( ) não.  Onde? _____	
Adaptação do domicílio: ( ) sim ( ) não	Organização do ambiente doméstico: ( ) sim ( ) não	
<b>Aspectos Físicos</b>		
Doença de Base: ( ) AVC ( ) Parkinson ( ) Alzheimer ( ) Artrose ( ) CA ( ) Outros _____		
Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) Demência ( ) Parkinson ( ) Alzheimer ( )		

Artrose ( ) Depressão ( ) Desnutrição ( ) CA_____ ( ) Obesidade	
( ) UP ( ) Outros_____	
Comportamento de risco atual: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Drogadição	Não ( )
Hospitalizações nos últimos 12 meses? ( ) Sim.	Não ( )
Motivo: _____	
Quedas nos últimos 12 meses:  ( ) Sim ( ) Não	( ) Polifarmácia ( ) Uso de benzodiazepínicos  ( ) outros
Utiliza: ( ) SVD ( ) SVA de __/__ horas. ( ) Colostomia ( ) Nefrostomia ( ) Dieta Enteral	
Índice de KATZ: A/B/C ( ) D/E ( ) F/G	Teste rápido de memória alterado: ( ) Sim ( ) Não
<b>Dados Cuidador (a)</b>	
Cuidador Familiar:	Idade:
Realiza Cuidados: ( ) Sim ( ) Não	
Cuidador Contratado: ( ) Sim ( ) Não	Idade:

FONTE: BROCKER; SILVA. Protocolo de Inclusão de Paciente no PADA.

### ANEXO B - Mini-Exame do estado mental

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

## ANEXO C - Índice de Kartz

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	

<b>Index de AVDs (Katz)</b>	<b>Tipo de classificação</b>
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

## ANEXO D- Parecer consubstanciado da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



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

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Lisiane M.G.Paskulin

**Registro no CEP:** 752 Processo N°. 001.005688.12.4

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde - C.S. IAPI

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.005688.12.4, referente ao projeto de pesquisa: “**Caracterização dos usuários do Programa de Atenção Domiciliar aos Acamados em um Centro de Saúde no município de Porto Alegre**”, tendo como pesquisador responsável Lisiane M.G.Paskulin cujo objetivo é “**Caracterizar os usuários do Programa Domiciliar do Acamado (PADA) do Centro de Saúde IAPI**”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho, e o formulário de relatório que esta no site.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 19/03/2012.

Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP