

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

**EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORTALIDADE CONFORME A
FRAGILIDADE DE IDOSOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19**

DANIELA TRINTINAIA BRITO

**Porto Alegre
2023**

DANIELA TRINTINAIA BRITO

**EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORTALIDADE CONFORME A
FRAGILIDADE DE IDOSOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19**

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

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

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Idiane Rosset.

**Porto Alegre
2023**

CIP - Catalogação na Publicação

Brito, Daniela Trintinaia
EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E MORTALIDADE
CONFORME A FRAGILIDADE DE IDOSOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 / Daniela
Trintinaia Brito. -- 2023.
96 f.
Orientadora: Idiane Rosset.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Saúde do Idoso. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Covid-19. I. Rosset, Idiane, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar oportunidades e me abençoar durante o caminho.

Aos meus pais, Filomena e Rogerio, por sempre acreditarem em mim e incentivarem o meu crescimento.

Agradeço, também, à minha orientadora, professora Idiane, pelos conhecimentos transmitidos, pelos ensinamentos, pela sensibilidade e empatia sempre presentes.

Sou grata à minha parceira incansável de mestrado Emily pelo apoio e companheirismo durante essa jornada.

Agradeço também a minha amiga Bruna pelo encorajamento de ingressar no mestrado e pelo apoio dado durante esse caminho.

Agradeço às professoras Lisiane, Darlene e Marina, pelas instruções e conhecimentos compartilhados na banca de qualificação e pela disponibilidade de serem minha banca de defesa.

Agradeço a todos meus amigos e familiares que me apoiaram e acreditaram em mim durante essa jornada.

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Um pouco de ciência nos afasta de Deus.
Muito, nos aproxima.”*

(Louis Pasteur)

RESUMO

Introdução: Idosos frágeis enfrentam mais desafios quando necessitam de cuidados básicos de saúde, se comparado com idosos não frágeis. Diante disso, a atenção domiciliar, importante componente da Atenção Primária à Saúde, pode ser a melhor alternativa para o cuidado de determinados grupos de idosos fragilizados. Além disso, há necessidade de estudos sobre essa população no contexto da pandemia da COVID-19. **Objetivo:** Analisar a evolução das condições de saúde e mortalidade entre idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária de acordo com a fragilidade, no contexto da pandemia da Covid-19 (2022), em relação ao período pré-pandemia da Covid-19 (2019). **Método:** Estudo observacional longitudinal, desenvolvido em duas fases. A fase I do estudo foi desenvolvida, em 2019, no domicílio dos usuários vinculados à Atenção Domiciliar das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Centro do Município de Porto Alegre. A fase II foi desenvolvida, em 2022, por contato telefônico a partir da listagem de idosos em AD1 entrevistados na fase I deste estudo. Os participantes do estudo foram idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária do distrito sanitário do município de Porto Alegre, totalizando em uma amostra inicial de 124 idosos. As variáveis do estudo foram: dados sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, fragilidade e mortalidade. Para isso, foram utilizados na entrevista o Questionário de dados sociodemográficos, Escala de Lawton e Índice de Barthel. A análise dos dados foi realizada no programa *SPSS for Windows*. O estudo foi aprovado pelo CEP do HCPA e da SMSPA. **Resultados:** Os idosos menos frágeis e mais frágeis tiveram redução das pontuações da capacidade funcional parecidas ao longo do tempo, considerando que os idosos mais frágeis já tinham uma capacidade funcional menor no ano de 2019. Na autoavaliação do estado de saúde, satisfação com a vida, humor e esquecer de tomar os medicamentos, os desfechos ruins aumentaram ao longo do tempo, principalmente, entre idosos mais frágeis. O uso de cinco ou mais medicamentos aumentou ao longo do tempo entre idosos menos frágeis. Os idosos com fragilidade moderada ou severa e com menor capacidade funcional tiveram um índice de mortalidade maior. **Conclusão:** Idosos mais frágeis são mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis nas condições de saúde ao longo do tempo. Os idosos mais frágeis e com menor capacidade funcional tiveram um índice de mortalidade maior. A Atenção Domiciliar é uma importante ferramenta para os cuidados da população mais frágil atendida pela atenção primária.

Palavras-chaves: Idoso Fragilizado; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Serviços de Assistência Domiciliar; Mortalidade; Enfermagem Domiciliar.

ABSTRACT

Introduction: Resistant elderly face more challenges when submitted to basic health care, compared to non-resistant elderly. In view of this, home care, an important component of Primary Health Care, may be the best alternative for the care of certain groups of fragile elderly people. In addition, there is a need for studies on this population in the context of the COVID-19 pandemic. **Objective:** To analyze the evolution of health and mortality conditions among elderly people linked to primary care home care according to capture, in the context of the Covid-19 pandemic (2022), in relation to the pre-Covid-19 pandemic period (2019). **Method:** Longitudinal observational study, developed in two phases. Phase I of the study was carried out, in 2019, at the home of users linked to the Home Care of the Basic Health Units of the Central Sanitary District of the Municipality of Porto Alegre. Phase II was developed, in 2022, by telephone contact from the list of elderly people in AD1 treated in phase I of this study. Study participants were elderly people linked to home care in primary care in the health district of the city of Porto Alegre. The study variables were: sociodemographic data, health conditions, functional capacity, frailty and mortality. For this, the Sociodemographic Data Questionnaire, Lawton Scale and Barthel Index were used in the interview. Data analysis was performed using SPSS for Windows. **Results:** The less resistant elderly had a greater reduction in functional capacity over time, compared to the more resistant elderly who already had a reduced functional capacity and maintained these results. In the assessment of health, satisfaction with life and mood, the ruins progressed over time among more resistant elderly people. The use of five or more medications increased over time among less frail older adults, while forgetting to take medications increased among more frail older adults. The most resistant elderly and with less functional capacity had a higher mortality rate. **Conclusion:** Weaker elderly had unfavorable results over time in self-assessed health status, life satisfaction, mood, forgetting to take medication and functional capacity, while decreasing use of five or more medications over time. The most resistant elderly and with less functional capacity had a higher mortality rate.

Keywords: Frail Elderly; Primary Health Care; Health of the Elderly; Home Care Services; Mortality; Home Health Nursing.

RESUMEN

Introducción: Los ancianos resistentes enfrentan más desafíos cuando son sometidos a cuidados básicos de salud, en comparación con los ancianos no resistentes. Ante esto, la atención domiciliaria, componente importante de la Atención Primaria de Salud, puede ser la mejor alternativa para el cuidado de ciertos grupos de ancianos frágiles. Además, existe la necesidad de estudios sobre esta población en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Objetivo: Analizar la evolución de las condiciones de salud y mortalidad de los adultos mayores vinculados a la atención domiciliaria de atención primaria según captación, en el contexto de la pandemia de Covid-19 (2022), en relación con el período pre-pandemia de Covid-19 (2019).). **Metodo:** Estudio observacional longitudinal, desarrollado en dos fases.

La Fase I del estudio se realizó, en 2019, en el domicilio de usuarios vinculados a la Atención Domiciliaria de las Unidades Básicas de Salud del Distrito Sanitario Central del Municipio de Porto Alegre. La Fase II se desarrolló, en 2022, mediante contacto telefónico de la lista de personas mayores en AD1 tratadas en la Fase I de este estudio. Los participantes del estudio eran ancianos vinculados a la atención domiciliaria de la atención primaria del distrito de salud de la ciudad de Porto Alegre. Las variables de estudio fueron: datos sociodemográficos, condiciones de salud, capacidad funcional, fragilidad y mortalidad. Para ello se utilizó en la entrevista el Cuestionario de Datos Sociodemográficos, la Escala de Lawton y el Índice de Barthel. El análisis de datos se realizó con SPSS para Windows. **Resultados:** Los ancianos menos resistentes tuvieron una mayor reducción de la capacidad funcional a lo largo del tiempo, en comparación con los ancianos más resistentes que ya tenían una capacidad funcional reducida y mantuvieron estos resultados. En la evaluación de la salud, la satisfacción con la vida y el estado de ánimo, las ruinas progresaron con el tiempo entre los ancianos más resistentes. El uso de cinco o más medicamentos aumentó con el tiempo entre los adultos mayores menos frágiles, mientras que el olvido de tomar medicamentos aumentó entre los adultos mayores más frágiles. Los ancianos más resistentes y con menor capacidad funcional presentaron mayor tasa de mortalidad. **Conclusión:** Los ancianos más débiles presentaron resultados desfavorables a lo largo del tiempo en la autoevaluación del estado de salud, la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, el olvido de tomar medicamentos y la capacidad funcional, mientras que disminuyeron el uso de cinco o más medicamentos a lo largo del tiempo . Los ancianos más resistentes y con menor capacidad funcional presentaron mayor tasa de mortalidad.

Palabras llave: Anciano Frágil; Atención Primaria de Salud; Salud del Anciano; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Mortalidad; Cuidados de Enfermería en el Hogar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAVD** - Atividades Avançadas de Vida Diária
- AB** - Atenção Básica
- ABVD** - Atividades Básicas de Vida Diária
- AD** - Atenção Domiciliar
- AD1** - Atenção Domiciliar tipo 1
- AD2** - Atenção Domiciliar tipo 2
- AD3** - Atenção Domiciliar tipo 3
- AIVD** - Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- DS** - Distrito Sanitário
- EMAD** - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- EMAP** - Equipe Multiprofissional de Apoio
- GD** - Gerência Distrital
- HCPA** - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- PNAB** - Política Nacional da Atenção Básica
- SMSPA** - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TICs** - Tecnologias de Informação e Comunicação
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- US** - Unidade de Saúde
- UTI** - Unidade de Terapia Intensiva
- VD** - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	12
3 CONTEXTO TEÓRICO.....	13
3.1 Envelhecimento Populacional e Condições de Saúde do Idoso.....	13
3.2 Atenção Domiciliar e Atenção Primária à Saúde no cuidado a Idosos.....	15
3.3 O Cuidado aos Idosos e o Contexto da Pandemia da COVID-19.....	17
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 Tipo de Estudo.....	19
4.2 Local de realização do estudo.....	19
4.3 Fases do Estudo.....	20
4.4 População e amostra.....	21
4.5 Coleta de Dados.....	22
4.6 Análise de dados.....	24
4.7 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS.....	27
ARTIGO 1.....	27
ARTIGO 2.....	54
6 CRONOGRAMA.....	74
7 ORÇAMENTO.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A.....	81
APÊNDICE B.....	83
APÊNDICE C.....	87
ANEXO A.....	89
ANEXO B.....	90
ANEXO C.....	91
ANEXO D.....	92
ANEXO E.....	93

1 INTRODUÇÃO

Foi desenvolvido o projeto de pesquisa intitulado “Condições de Saúde e Acesso de Idosos Vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre”. Na primeira fase (fase I), desenvolvida nos anos de 2018 e 2019, as coletas de dados foram realizadas no domicílio dos participantes, a fim de avaliar suas condições de saúde e acesso. Com o advento da pandemia, julgou-se importante desenvolver uma nova fase (fase II), de forma a observar mudanças em variáveis relacionadas à saúde desses idosos durante o período da pandemia, entendendo a mesma como uma situação de saúde completamente distinta de todas vividas por todos nós. Dessa forma, o projeto foi alterado para delineamento longitudinal observacional e os instrumentos para coleta de dados foram adaptados para serem realizados por telefone, para atender aos novos objetivos acrescentados no projeto e poder ser realizado durante o período pandêmico. Na metodologia estará exposta uma linha do tempo, exemplificando, de forma visual, as etapas do projeto.

Neste estudo, avaliaremos as condições de saúde e mortalidade entre idosos de acordo com a fragilidade, pois os idosos frágeis são os que mais necessitam de cuidados de saúde, e pode ser utilizada como base para organizar e gerenciar os cuidados de saúde dessa população. Para isso, precisamos entender que a fragilidade pode ser conceituada como um estado de risco aumentado de mortalidade e problemas de saúde, que vai desde quedas, lesões e aumento de doenças agudas, até uma maior incidência de hospitalizações. Entre esses problemas de saúde, podemos destacar o aumento da vulnerabilidade fisiológica. Para classificar essa fragilidade, podemos utilizar uma série de instrumentos de aferição, que avaliam, principalmente, a presença de incapacidade funcional (LOURENÇO et al., 2018).

Fatores como a variação geográfica e socioeconômica, necessidades individuais, qualidade de vida e nível de conhecimento sobre a saúde, quando associados ao perfil de morbidade, mostram-se determinantes no tocante à frequência e utilização dos serviços de saúde, e por isso, podem determinar dificuldades de acesso ao serviço por essa população (CRUZ et al., 2020). Diante dessa lacuna de acesso, uma importante alternativa para supri-la foi o teleatendimento. Ademais, com o advento da pandemia da COVID-19, a demanda pela utilização de tecnologias digitais, como os telefones, para contatar os serviços de saúde, aumentou consideravelmente. Com isso, o Ministério da Saúde, juntamente com os Conselhos de Classe dos profissionais de saúde, autorizou a utilização da teleconsultas para a realização de orientação, monitoramento e encaminhamentos à distância para os pacientes (BRASIL, 2020).

É importante atentar-se ao isolamento social que a pessoa idosa pode sofrer, pois as relações sociais são consideradas vitais para a saúde do idoso e uma rede inadequada leva a sentimentos de isolamento e solidão. Um estudo verificou que o apoio social é essencial para o idoso frágil; a frequência de contato com os amigos foi considerada a rede de apoio mais significativa. Ademais, aqueles que contavam com a visita dos amigos mensalmente ou raramente tinham maior probabilidade de serem frágeis em comparação ao grupo de contato diário (CHON et al., 2018; FHON et al., 2022). Foi evidenciado também que, com frequência, a solidão acomete os indivíduos em algum momento de sua vida e a população idosa possui um risco maior de vivenciar o sentimento de se sentir sozinho. Além disso, a solidão emocional dá origem a sentimentos negativos como o desinteresse, tédio, fadiga e apatia, além de potencializar dores, problemas de sono, perda de apetite e inatividade física. Em conjunto, as consequências do isolamento social e da solidão emocional aumentam a vulnerabilidade dos idosos à depressão e os expõem a um maior risco de morte (SILVA et al., 2021; SMITH e LIM, 2020). Os aspectos emocionais precisam ser analisados quando estudamos o estado de saúde do idoso, levando em consideração a sua dependência funcional e fragilidade (CECCON et al., 2021). O apoio social inclui recursos que permitem que o indivíduo sinta-se cuidado, apreciado e parte de uma rede, promove a saúde e aumenta o bem-estar e a qualidade de vida ao proporcionar experiências positivas e papéis socialmente ativos (FHON et al., 2022).

O presente estudo observou os idosos atendidos pela AD no contexto da pandemia, em relação à evolução das condições de saúde e mortalidade, de acordo com a fragilidade desses. Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida em duas fases: pré-pandemia (em 2019) e durante a pandemia (em 2021/2022). Durante a pandemia utilizou-se como apoio o monitoramento a distância de idosos com dificuldades de ir até o serviço de saúde, no entanto, observa-se lacunas sobre esses dados entre idosos em atenção domiciliar no contexto da pandemia. Além disso, a identificação do atual estado de saúde desses idosos torna-se importante para o desenvolvimento de estratégias, protocolos e políticas públicas, a fim de serem feitas intervenções adequadas aos usuários que possuem algum tipo de dificuldade de atenção às suas necessidades de saúde.

Diante disso, observou-se escassez de estudos longitudinais voltados para a população idosa que utiliza a AD1, especialmente no contexto da pandemia. Considerando tais aspectos, foi desenvolvido um estudo longitudinal com os idosos vinculados à AD da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de analisar aspectos das condições de saúde e mortalidade dessa população. A observação de desfechos, considerando o estado de saúde e mortalidade ao longo da pandemia, é importante para o desenvolvimento de estratégias, protocolos e políticas públicas, a fim de serem feitas intervenções adequadas aos usuários que mais necessitam de cuidado. Esse trabalho é

relevante por trazer importantes informações e subsídios para estudos futuros sobre as condições de saúde dos idosos e para fortalecer o vínculo com as equipes de saúde.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a evolução das condições de saúde e mortalidade entre idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Primária de acordo com a fragilidade, no contexto da pandemia da COVID-19 (2022), em relação ao período pré-pandemia da COVID-19 (2019).

Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, no contexto da pandemia da COVID-19, em relação ao período pré-pandemia.
- Analisar as alterações no humor e capacidade funcional de idosos, de acordo com a fragilidade, no contexto da pandemia da COVID-19, em relação ao período pré-pandemia.
- Analisar as taxas de mortalidade de acordo com a capacidade funcional e a fragilidade, no contexto da pandemia da COVID-19, em relação ao período pré-pandemia.

3 CONTEXTO TEÓRICO

O referencial teórico deste projeto tem como base aspectos relacionados ao envelhecimento populacional e condições de saúde do idoso; atenção domiciliar e atenção primária à saúde; o cuidado aos idosos e o contexto da pandemia da COVID-19.

3.1 Envelhecimento Populacional e Condições de Saúde do Idoso

Pode-se definir como envelhecimento populacional o declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade, sendo elas uma consequência da transição demográfica. Essa maior longevidade da população brasileira vem modificando o perfil epidemiológico do país, ocasionando um aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis se comparadas com as doenças infecto-contagiosas. Estima-se, no Brasil, para os próximos 40 anos, que a população idosa crescerá 3,2% enquanto a população total crescerá 0,3%. Com essa estimativa, 30% da população brasileira será idosa em 40 anos (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem ocorrido de maneira acelerada no Brasil. No ano de 2000, o número de idosos era de 14,2 milhões, passando para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060 (IBGE, 2015). Ademais, houve a ampliação da expectativa de vida que passou rapidamente dos 51 para os 75 anos em menos de meio século (1950 a 2010) (ALVAREZ e SANDRI, 2019)

O baixo índice de natalidade junto da queda da mortalidade intensificam o processo do envelhecimento populacional. Diante disso, uma série de mudanças são observadas, como a transição epidemiológica, que gera mudanças nos padrões de morte, morbidade e invalidez (CORTEZ et al., 2019), passando a mortalidade a predominar entre os idosos e as principais causas dessas mortes passarem a ser as doenças mais comuns no envelhecimento (OLIVEIRA, 2019). Um exemplo é o aumento das demências, impactando cada vez mais a necessidade de cuidado de longo prazo, a vulnerabilidade e o risco de maus tratos (ALVAREZ e SANDRI, 2018).

A fragilidade representa um estado inespecífico de risco aumentado de mortalidade e de eventos adversos de saúde, como a dependência, a incapacidade, as quedas e lesões, as doenças agudas, a lenta recuperação de doenças, a hospitalização e a institucionalização de longa permanência. Fragilidade não deve ser confundida com incapacidade, vulnerabilidade não fisiológica e multimorbidades (LOURENÇO et al., 2018).

Ressalta-se que o envelhecimento não é homogêneo, entretanto, a rapidez do declínio pode ser influenciada e reversível, caso houver ações individuais e políticas públicas para a promoção da mudança no estilo de vida e ambiência saudável (ALVAREZ e SANDRI, 2018).

Um bom indicador do estado de saúde do idoso é avaliar a sua capacidade funcional, pois mostra a independência dele na realização de atividades de vários níveis de complexidade, geralmente classificadas como Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). Pode ser necessário reorganizar os cuidados à medida que o idoso se torna dependente, uma mudança que, muitas vezes, afeta todos os membros da família. A necessidade de manter o distanciamento social para evitar a propagação da COVID-19 altera a organização e a intensidade dos cuidados no ambiente doméstico. Com isso, os idosos funcionalmente dependentes e seus cuidadores/familiares são mais vulneráveis ao isolamento social, dificuldades financeiras e acesso aos suprimentos de cuidados necessários (ROMERO et al., 2022)

Observa-se a necessidade de mudanças nas políticas públicas para atender a população envelhecida, pois a transição epidemiológica no Brasil apresenta redução de casos de doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, podendo ser destacadas quatro doenças como responsáveis por 60% dos óbitos: doenças cardiovasculares; neoplasias malignas; diabetes mellitus; e, doenças respiratórias crônicas. (BRASIL, 2017).

O envelhecimento por muito tempo foi tratado apenas como fator biológico, porém ele também abrange aspectos sociais e culturais (SIMÕES; SAPETA, 2017). Por isso, é importante pensar não somente nos cuidados físicos dos idosos, mas também nas ferramentas de apoio que ele tem e usa para contatar esses cuidados. Existem barreiras que obstruem o acesso aos serviços de saúde, sendo uma delas a disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos.

É comum muitos idosos terem como suporte social os familiares, amigos, vizinhos, colegas de grupos de terceira idade, etc. No entanto, há uma parcela de idosos que acabam se isolando e se afastando do convívio social, devido a condições físicas, psicológicas e financeiras (LEITE et al., 2008).

Estudos realizados indicam que o principal suporte social dos idosos são os membros da família, principalmente os filhos. Entre os idosos do sexo masculino predomina a expectativa de serem cuidados por suas esposas, já em idosas a expectativa fica sobre as filhas e as noras. Em relação ao gênero, os homens tendem a receber menos apoio social que as mulheres. Esse suporte diminui quando o idoso mora sozinho. O apoio social é importante na atenção à saúde como um todo, e não somente relacionado à doença, pois favorece a integração e o bem-estar (ANA; D'ELBOUX, 2019).

Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitem para a população idosa a possibilidade de uma nova maneira de acesso à serviços de saúde públicos ou privados (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Diante disso, o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019, por meio do Departamento de Saúde Digital, que estabeleceu as Diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS. Entre os campos de atuação da Telessaúde existe o Telemonitoramento, que se caracteriza como monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs). Tem como um dos objetivos transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população (BRASIL, 2019).

3.2 Atenção Primária à Saúde e a Atenção Domiciliar no cuidado a Idosos

Quando discutimos o cuidado integral à saúde da pessoa idosa, a APS tem fundamental importância. A promoção da saúde está ligada necessariamente à intersetorialidade, ou seja, é fundamental que a APS esteja articulada com os demais recursos comunitários disponíveis no território para planejar atividades individuais e coletivas (BRASIL, 2018). A coordenação dos cuidados pela APS deve ser ajustada de acordo com as necessidades do usuário levando em conta o contexto das diferentes competências e formas de organização dos sistemas de saúde para que se promova uma resposta aos problemas de saúde da população. Essa coordenação garante melhorias na qualidade do serviço, reduz barreiras de acesso e integra ações e serviços no mesmo território e nível de atenção.

Para que ela ocorra, é necessário que a rede assistencial seja estabelecida no território, com população definida e que as funções sejam determinadas para todos os serviços que a compõem. A rede regionalizada é considerada uma estratégia fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede constitui-se como um instrumento importante para alcançar a eficiência no sistema, ampliação do acesso, qualidade na atenção, além da diminuição de desigualdades. Traz como questão central a definição da população no território específico, visando a garantia de oferta integral em saúde, sendo a APS parte dessa rede. Também, destaca-se a importância da APS na organização dos sistemas de saúde pelo fato de coordenar o cuidado, sendo isso definido como “coordenação da integralidade” pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerado um dos fundamentos da APS. Desse modo, ressalta-se a referência à integralidade, que mostra a necessária interdependência entre atores e organizações que estejam envolvidas no cuidado, para

que a integração e coordenação do âmbito da assistência à saúde e a eficiente gestão de recursos sejam devidamente alcançados (ALMEIDA et al., 2018).

A APS é a principal responsável pela promoção, prevenção e assistência aos idosos, tanto em consultas nos postos de saúde, quanto na sua residência. Por isso é importante que ela esteja preparada para atender as mudanças no cenário epidemiológico da sua comunidade, habilitando suas equipes para atender e cuidar da população idosa (BRASIL, 2017).

A equipe da APS não deve priorizar apenas o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas também o cuidado integral à saúde e a promoção de ações preventivas e curativas. Além disso, a equipe multiprofissional deve observar os aspectos cognitivos, humor, mobilidade e comunicação, para garantir a integralidade da atenção a esse grupo específico (MEDEIROS et al., 2017).

A AD é o modelo de atenção à saúde que se caracteriza pela continuidade dos cuidados no domicílio, sendo eles assistencial e de educação, promovendo prevenção e tratamento de doenças, que são indicadas para pessoas que precisam de atenção à saúde de maneira temporária ou definitiva, a fim de estabelecer a diminuição de agravos do paciente e sua maior autonomia. A AD é dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. (BRASIL, 2016).

A AD1 é a modalidade onde o paciente necessita de menor frequência de cuidados, sendo eles menos complexos e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. Essa modalidade é de responsabilidade das equipes da AB (BRASIL, 2016). O perfil dos usuários vinculados à AD1 geralmente é de pacientes com problemas de saúde controlados, que necessitam em média de uma visita por mês, que estejam em território dentro da capacidade da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que não tenham condições de se deslocar até lá (BRASIL, 2012).

A AD2 é indicada para usuários que apresentam as seguintes condições: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença; necessidades de cuidados paliativos com acompanhamento clínico; prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016). Já a AD3 é indicada para usuários que se enquadram na AD2, mas necessitam de cuidados mais frequentes e uso de equipamentos de maior complexidade, como ventilação mecânica e transfusão sanguínea (BRASIL, 2016). Tanto a AD2 como a AD3 têm como equipes prestadoras do cuidado a EMAD e a EMAP (BRASIL, 2012).

Diante disso, a AD atua como uma ferramenta de cuidado integral, sobretudo aos idosos. É nela que se identificam reais contextos de envelhecimento dos usuários, necessidades de cuidados paliativos, da identificação de fatores de resiliência, bem como da identificação das relações familiares importantes no processo de cuidado em saúde, considerando a autonomia e o

protagonismo destas. Ou seja, a Visita Domiciliar (VD) pode ser um espaço de articulação entre as demandas individuais e familiares com os demais recursos da rede e da comunidade no qual estes usuários e suas famílias estão inseridos (MELLO et al, 2016; MARQUES e BULGARELLI, 2020; ROCHA et al, 2017).

O ato de visitar a residência do usuário é algo que situa a AD como uma ferramenta que extrapola a dimensão técnica do cuidado e mostra-se como uma ferramenta, também, humana (MARQUES e BULGARELLI, 2020). Muitas vezes, o domicílio, com as adequadas tecnologias ofertadas pela equipe, com o conforto da família e, pelo fato dos idosos estarem distantes de possíveis infecções hospitalares, mostra-se como um efetivo local de cuidado (OLIVEIRA, 2017).

3.3 O Cuidado aos Idosos e o Contexto da Pandemia da COVID-19

O risco de morrer ou ter complicações por COVID-19 aumenta com a idade, principalmente naqueles com doenças crônicas. Além dos problemas físicos de saúde, a vulnerabilidade dos idosos ao COVID-19 deve-se também a fatores sociais, visto que há muitos que residem sozinhos ou com o cônjuge que também necessita de cuidados. Outra questão são com os idosos institucionalizados, visto que nesses locais existe alto risco para infecção devido às condições de saúde dos idosos e a convivência em aglomerados (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2019).

Grande parte dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por COVID-19, apresentavam doenças prévias como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, algumas variáveis sociais como idade avançada e sexo masculino estão associados a complicações desta doença (NUNES et al., 2020).

Outra questão importante que a pandemia trouxe foram os problemas econômicos. Em muitos lares brasileiros, o idoso é o provedor e responsável financeiro. Com a maior taxa de mortalidade ocasionada pela pandemia e a recomendação de isolamento social, a renda familiar de muitos brasileiros foi fortemente afetada (HAMMERSCHMIDT; BONATELLI; CARVALHO, 2020).

Algumas questões devem ser consideradas em relação ao COVID-19: a mudança da dinâmica familiar; o grande número de pessoas idosas nas casas de longa permanência; a capacidade dos sistemas de saúde de lidar com a demanda daqueles que precisam de suporte respiratório; a inclusão de pessoas mais velhas no desenvolvimento de intervenções, além das físicas, pois muitos idosos podem enfrentar barreiras para obter alimentos e outros suprimentos essenciais durante o isolamento social (LLOYD-SHERLOCK; EBRAHIM; GEFFEN; MCKEE, 2020).

A população em geral sofreu com os efeitos das medidas de controle e prevenção da COVID-19. No entanto, o idoso que mora sozinho, teve ainda menos oportunidades de interações sociais, ações recreativas ou religiosas, além das tarefas básicas do cotidiano. Outro fator relevante é que a população menor de 60 anos, normalmente, acessa mais a informações de forma on-line, além de poder fazer compras e se comunicar nas redes sociais. O idoso tem mais dificuldades quando necessita dessas tecnologias, podendo despertar o sentimento de solidão nesse período, pela falta de contatos sociais significativos (SILVA et al., 2020)

Diante desse cenário, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos sobre a COVID-19 que tenham como foco a população idosa, não somente abordando aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais e psicológicos que podem estar sendo afetados pela pandemia nesse grupo etário.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico observacional longitudinal, desenvolvido em duas fases. Os dados correspondentes à fase I foram coletados em 2018 e 2019. Os dados da fase II do estudo (atual) foram coletados em 2021 e 2022. Esse tipo de estudo possui um nível de evidência maior que os outros observacionais, permitindo que diversas variáveis possam ser avaliadas, podendo ser usadas posteriormente na elaboração de intervenções (HULLEY et al., 2018).

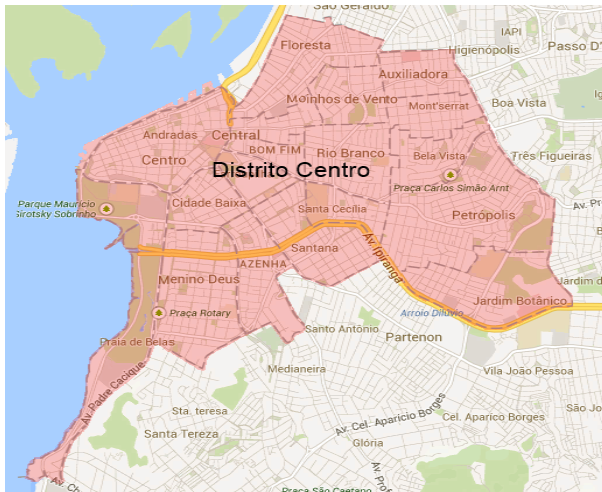
4.2 Local de realização do estudo

A fase I do estudo foi desenvolvida no domicílio dos usuários vinculados à Atenção Domiciliar das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Centro do Município de Porto Alegre. A fase II foi desenvolvida por contato telefônico a partir da listagem de idosos em AD1 entrevistados na fase I deste estudo.

A população do município de Porto Alegre é de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes (IBGE), sendo que cerca de 213 mil pessoas são idosas (PMPA, 2018). Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 DS e oito GD. Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Atualmente, Porto Alegre possui uma nova configuração das Coordenadorias de Saúde, passando de oito para quatro: Leste, Norte, Oeste e Sul (PMPA, 2021).

O DS Centro (Figura 1), pertencente à Coordenadoria Oeste, do Município de Porto Alegre, é o mais populoso entre os 17 DS da cidade, representando 19,7% da população (aproximadamente 277 mil habitantes) e mais de 28% da população de idosos do município, sendo o DS com maior porcentagem de idosos do município. É estruturado por três serviços de AB: US Santa Cecília, US Santa Marta e US Modelo (PMPA, 2018).

Figura 1 – Distrito Sanitário Centro do Município de Porto Alegre



Fonte: CoorSaúde UFRGS, 2019.

4.3 Fases do Estudo

Para melhor exemplificar as fases do projeto, foi elaborada uma linha do tempo (FIGURA 2). O projeto iniciou no ano de 2018. Em 2021, foram publicados quatro artigos referentes à Fase I do projeto, das autoras Gilmar Ramos e Mariane Lurdes Predebon. Atualmente estão sendo elaborados dois artigos com os resultados da Fase II do projeto.

Figura 2 – Fases do Estudo



Fonte: Autora do projeto

4.4 População e amostra

Todos os participantes da fase I foram considerados inicialmente a participar da fase II, ou seja, os 124 idosos que fizeram parte da amostra. Foram excluídos os idosos que não conseguimos contato via telefone (quatro tentativas em dias e horários diferentes) ou após uma tentativa de visita domiciliar.

Os participantes da fase I do estudo foram os idosos vinculados à AD1 do DS Centro. Abaixo encontram-se os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma amostra de 124 pessoas.

4.4.1 Critérios de inclusão da Fase I

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

4.4.2 Critério de exclusão da Fase I

- Idosos que não foram localizados após três tentativas de contato via telefone;
- Idosos sem capacidade de comunicação verbal e escrita;
- Diagnóstico médico prévio de demência avançada;
- Ser institucionalizado.

4.4.3 Cálculo da Amostra - Fase I

Foi utilizado o programa WinPin, versão 11.65. Considerando-se uma correlação mínima de 0.25 entre as escalas que avaliam as principais variáveis do estudo, obteve-se 5% de significância e 80% de poder estatístico, que resultou em uma amostra de 124 idosos.

4.4.4 Poder Estatístico - Fase II

Considerou-se como base a amostra obtida na fase I do estudo, que foi de 124 idosos. Para tanto, foi calculado o poder estatístico para detectar diferenças entre as médias das variáveis dependentes (capacidade funcional) dos idosos antes da pandemia de COVID-19 e durante a pandemia de COVID-19, por meio da ferramenta PSS Health versão on-line. Considerando um

nível de significância de 5%, uma diferença de 10 pontos na capacidade funcional do idoso (atividades básicas de vida diária), um desvio padrão dessas diferenças de 36.2% e um tamanho de amostra de 124, chegou-se a um poder de 86.3% (BORGES et al., 2021).

4.5 Coleta dos dados - Fases I e II

Na fase I do estudo, além do questionário de dados sociodemográficos e demais instrumentos utilizados na fase II, foi também utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton (ANEXO E) para avaliar a fragilidade dos idosos participantes do estudo. Ela foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro em 2008, sendo composta por 9 domínios, representados por 11 itens: cognição, estado geral de saúde, descrição da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os escores para análise da fragilidade são: 0 a 4 não apresenta fragilidade, 5 a 6 aparentemente vulnerável, 7 a 8 fragilidade leve, 9 a 10 fragilidade moderada, 11 ou mais fragilidade severa. Sendo 17 a pontuação máxima dessa escala, que representa o grau mais elevado de fragilidade (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009). Através dos resultados apresentados por essa escala, iremos analisar a evolução das condições de saúde e mortalidade entre idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária, comparando com os outros instrumentos descritos a seguir. Para a melhor visualização, os resultados foram expostos em dois níveis de fragilidade: mais frágeis (fragilidade moderada ou severa) e menos frágeis (não apresenta fragilidade, aparentemente vulnerável ou fragilidade leve).

Foi realizada uma nova avaliação, aproximadamente três anos após a primeira avaliação (fase I), no contexto da pandemia. Esta fase foi desenvolvida por contato telefônico a partir da listagem de idosos em AD1 entrevistados na fase I deste estudo. Foram realizadas quatro tentativas por contato telefônico em dias e horários diferentes. Quando não foi possível o contato via telefone, foi realizada uma visita domiciliar. O roteiro da ligação telefônica encontra-se no Apêndice A do projeto, onde consta o pedido de consentimento tácito do paciente para continuar no projeto.

Do total das entrevistas, cinco foram realizadas através de visita domiciliar e 27 através de ligação telefônica. Os dados sobre óbito foram obtidos através de relato de familiares, profissionais de saúde ou pelo prontuário do paciente.

Para comparar as alterações nas variáveis sociodemográficas, condições de saúde, suporte social, humor e cognição dos idosos durante a pandemia do COVID-19, foi realizado contato telefônico ou visita domiciliar com o idoso ou responsável. Foi utilizado um roteiro de ligação

telefônica, com explicação dos objetivos do estudo para o idoso ou responsável, o aceite mediante consentimento tácito (APÊNDICE A), e na sequência aplicado os questionários citados abaixo.

4.5.1 Instrumentos para coleta de dados

4.5.1.1 Questionário de dados sociodemográficos, condições de saúde do idoso e acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19.

Este questionário (APÊNDICE B) foi elaborado pela autora de acordo com as variáveis de interesse e estudos prévios realizados na mesma temática. Foi utilizado para coletar dados sociodemográficos dos idosos: idade, data de nascimento, sexo, estado conjugal, renda familiar, número de indivíduos que residem no domicílio, se tem apoio social quando necessita; dados clínicos, número de quedas no último ano, satisfação com a vida, humor, vacinas realizadas no último ano, possíveis sequelas do COVID-19, ter COVID-19, prejuízos na mobilidade, memória, número de internações; acesso aos serviços de saúde; qual a forma de assistência que utiliza; se recebeu atendimento domiciliar; presença de polifarmácia.

4.5.1.2 Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody

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

O Índice de Barthel (ANEXO A), foi validado por Minosso e colaboradores (2010) para uso no Brasil, com a finalidade de avaliar as atividades de vida diária e medir a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Portanto, este instrumento avalia a capacidade funcional em dez itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. A pontuação total do instrumento, oscila de 0 a 100, sendo que inferior a 20: dependente total; 20 a 35: dependente elevado; 40 a 55: dependente moderado; 60 a 99: dependente mínimo; 100: independente (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO et al., 2010).

A Escala de Lawton e Brody (ANEXO B) avalia nove itens de AIVD que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade, que são: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o meio de transporte, tomar remédios, cuidar do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é 27 pontos, sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos (“Sem ajuda” – três pontos; “Com ajuda parcial” –

dois pontos; “Não consegue” – um ponto), quanto maior for a soma do escore total maior é a independência do idoso (BRASIL, 2006a). Sendo até nove pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 25 a 27 pontos – independente (SANTOS, 2021).

4.6 Análise dos dados

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

Na análise descritiva, foram calculadas média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica para as variáveis quantitativas, e as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Foram utilizados, além de métodos de análise descritiva, Modelo Linear Generalizado para Dados Correlacionados (Equações de GEE) (testando os efeitos principais de grupo de fragilidade e ano, e a interação entre esses dois fatores) - na ocorrência do efeito de interação significativo, sua complementação utilizou o critério de Bonferroni. Para estes testes será considerado um valor significativo de $p < 0,05$.

4.6.1 Variáveis do Estudo

Foram consideradas duas dimensões de variáveis no artigo 1: Condições de saúde e variáveis sociodemográficas, descritas no quadro abaixo.

VARIÁVEIS DO ARTIGO 1		
VARIÁVEIS INDEPENDENTES		VARIÁVEIS DEPENDENTES
SOCIODEMOGRÁFICAS	FRAGILIDADE	CONDIÇÕES DE SAÚDE
Idade.	Escala de Fragilidade de Edmonton	Número de Quedas: quantas quedas sofreu no último ano.
Sexo.		Número de Internações: quantas internações teve no último ano.
Estado Conjugal.		Capacidade funcional: avaliadas pelo Índice de Barthel e Escala de Lawton e

		Brody
Número de pessoas que residem no domicílio.		Satisfação com a vida: avaliação da satisfação com a vida.
Suporte social: ter alguém que possa dar suporte quando necessita de ajuda.		Avaliação do estado de saúde: autoavaliação do estado de saúde.
Frequência de VDs: quantas VDs recebeu.		Medicações: faz uso de cinco ou mais medicamentos.
		Tomar as medicações: lembrar-se de tomar as medicações.
		Humor: sentir-se triste ou deprimido frequentemente.

No artigo 2, foram consideradas quatro dimensões de variáveis: capacidade funcional, variáveis sociodemográficas, mortalidade e fragilidade.

VARIÁVEIS DO ARTIGO 2			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES			VARIÁVEL DEPENDENTE
SOCIODEMOGRÁFICAS	CAPACIDADE FUNCIONAL	FRAGILIDADE	MORTALIDADE
Idade.	Índice de Barthel	Escala de Fragilidade de Edmonton	Óbito ou Sobrevivência.
Sexo.	Escala de Lawton e Brody		
Estado Conjugal.			
Suporte social: ter alguém que possa dar suporte quando necessita de ajuda.			

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (Parecer nº 35388), pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (Parecer nº 2.900.696) e pela SMSPA.

Na Fase I foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos idosos (APÊNDICE C), lido e assinado em duas vias, sendo destinada uma via para os pesquisadores e outra para os participantes do estudo. Na segunda fase do estudo foi utilizado um roteiro de ligação telefônica (APÊNDICE A), onde está incluído a reafirmação do consentimento tácito, para realização de contato telefônico com os participantes dessa fase. Considera-se que o principal risco da nova etapa do projeto (fase II) é a possibilidade de causar desconforto ao familiar do idoso que pode já ter falecido no período entre as fases I e II, ou ao próprio idoso em decorrência de alguma questão a ser realizada. Caso ocorrido, seria sugerida consulta com profissional da saúde da UBS de sua referência, bem como realizado contato com o mesmo. O principal benefício da continuação da pesquisa é a ampliação de conhecimento sobre o estado de saúde dos idosos durante o período da pandemia de COVID-19, a fim de trazer subsídios para o aprimoramento ou implementações de novas ações de cuidados, além de estudos futuros sobre os efeitos da pandemia sobre essa população.

Esta pesquisa visa assegurar o anonimato dos participantes, a liberdade de participação e o caráter voluntário. As pesquisadoras assinaram um Termo de Compromisso de Utilização de Dados do HCPA (ANEXO C) e um Termo de Compromisso de Utilização de Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) (ANEXO D). A emenda para continuação do projeto na Fase II foi aprovada pelo CEP do HCPA e da SMSPA e já encontra-se atualizada na Plataforma Brasil.

6 CRONOGRAMA

A realização deste projeto seguirá o cronograma previsto para o período de março de 2018 a dezembro de 2023, descrito no quadro abaixo.

ATIVIDADES	2021/1	2021/2	2022/1	2022/2	2023/1
Revisão de literatura	X	X	X	X	
Elaboração do projeto	X	X			
Encaminhamento para COMPESQ/ENF; CEP HCPA e SMSPA		X			
Coleta de dados		X	X	X	
Conferência das variáveis e Digitação de banco de dados				X	
Análise dos dados				X	
Discussão de dados e Redação de relatório de pesquisa				X	X
Elaboração de trabalhos científicos e Devolução dos dados					X

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

7 ORÇAMENTO

ID	MATERIAL/SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	FINANCIADOR
1	Papel A4 - pacote com 500 folhas	3	R\$20,00	R\$60,00	PESQUISADOR
2	Lápis preto	4	R\$1,00	R\$4,00	PESQUISADOR
3	Caneta preta	5	R\$1,00	R\$5,00	PESQUISADOR
4	Caneta destacadador de texto	2	R\$2,00	R\$4,00	PESQUISADOR
5	Sacos plásticos tamanho A4	200	R\$0,10	R\$20,00	PESQUISADOR
6	Pasta plástica	5	R\$6,00	R\$30,00	PESQUISADOR
7	Borracha	2	R\$1,00	R\$2,00	PESQUISADOR
8	Caixa de clips	1	R\$4,00	R\$4,00	PESQUISADOR
9	Transporte - visita domiciliar	30	R\$40,00	R\$1200,00	PESQUISADOR
10	Pacote de ligações telefônicas	10	R\$30,00	R\$300,00	PESQUISADOR
11	Revisão de Português	2	R\$500	R\$1000,00	PESQUISADOR
12	Tradução	1	R\$500	R\$500,00	PESQUISADOR
13	Impressão	1000	R\$0,50	R\$500,00	PESQUISADOR
14	Taxa de publicação	1	R\$1000,00	R\$1000,00	PESQUISADOR
				TOTAL DO PROJETO: R\$4629,00	

Desenvolvido pela autora.

REFERÊNCIAS

- Almeida, Patty Fidelis de et al. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 7 Janeiro 2023], pp. 244-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
- ALVAREZ, Angela Maria; SANDRI, Juliana Vieira de Araujo. **Population aging and the Nursing commitment**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, suppl 2, pp. 722-723. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-201871Sup201>>. Acesso em 20 nov. 2022
- ANA, Leila Auxiliadora José de Sant’; D’ELBOUX, Maria José. **Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 43, n. 121, p.503-519, abr. 2019.
- Andrade, Angélica Mônica et al. **Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2017, v. 70, n. 1 [Acessado 21 Novembro 2022] , pp. 210-219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.
- BORGES, Maria Marta de Castro; TELLES, José Luiz. **O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a02v13n3.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2022.
- BORGES, Rogério Boff et al. **Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde**. Clinical & Biomedical Research, [S.l.], v. 40, n. 4, apr. 2021. ISSN 2357-9730. Available at: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/109542>>. Date accessed: 24 ago. 2021.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Edições Câmara, 2017.
- BRASIL. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 01 jan. 2021.
- BRASIL. IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 21 out. 2019.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v.1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**. 2019. Disponível em <http://www.saude.gov.br/telessaude/1357-telessaude>. Acesso em: 1 dez. 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza equipes habilitadas. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

BRASÍLIA. Resolução COFEN N°0464/2014, de 20 de outubro de 2014. **Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar**.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Cecon, Roger Flores et al. **Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 01 [Acessado 23 Novembro 2022] , pp. 17-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>.

Chon D, Lee Y, Kim J, Lee KE. **The Association between Frequency of Social Contact and Frailty in Older People: Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACS)**. *J Korean Med Sci*. 2018 Dec;33(51):e332. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e332>

CORTEZ, A. C. L. et al. **Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira**. *Enfermagem Brasil*, v. 18, n. 5, p. 700, 8 nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>>. Acesso em 22 nov. 2022.

CRUZ, Priscila Karolline Rodrigues et al. **Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, [online], v. 23, n. 6, e190113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Pss8W5BngK8L6xXYVvm3RqP/?format=pdf&lang=pt>.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fevereiro 2023.

Fhon, Jack Roberto Silva et al. **Frailty and sociodemographic and health factors, and social support network in the brazilian elderly: A longitudinal study**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2022, v. 56 [Acessado 9 Janeiro 2023], e20210192. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>>. Epub 08 Dez 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>.

Garcia, Mayra Romélia Leite et al. **Home visits of the nurse and its relationship with hospitalization by diseases sensitive to primary health care**. *Escola Anna Nery* [online]. 2019, v. 23, n. 2 [Acessado 6 Janeiro 2023], e20180285. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285>>. Epub 07 Fev 2019. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285>.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F. **Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19.** Cogitare enferm. [Internet]. 2020; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>. Acesso em: 16 ago. 2021.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BONATELLI, L. C. S.; CARVALHO, A. A. THE PATH OF HOPE IN RELATIONSHIPS INVOLVING OLDER ADULTS: **the perspective from the complexity of the covid-19 pandemic.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0132>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/x4d7CB47SqcvsB8zwb9RpJ/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a Pesquisa Clínica: uma Abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artemed, 3 ed. 384p. 2018.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013.

LEITE, Marinês Tambara et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.250-257, jun. 2008.

LLOYD-SHERLOCK, Peter; EBRAHIM, Shah; GEFFEN, Leon; MCKEE, Martin. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *Bmj*, [S.L.], p. 1052, 13 mar. 2020. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1052>.

LOURENÇO, R. A. et al. **Consenso Brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação.** *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12:121-135. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/47126/2/Consenso%20brasileiro%20de%20fragilidade%20em%20idosos.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2022

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. v. 14, n. 56-61, 1965. Disponível em: <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf>. Acesso em: 03 fevereiro 2023.

MARQUES, Fernanda Pasquetti e BULGARELLI, Alexandre Fávero. **Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 6 [Acessado 21 Novembro 2022] , pp. 2063-2072. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>>.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.** *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, spe 3, pp. 288-295. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S322>>. [Acessado 21 Novembro 2022]

Melo, Beatriz Rodrigues de Souza et al. **Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service.** *Escola Anna Nery* [online]. 2017, v. 21, n. 4 [Acessado 10 Janeiro 2023], e20160388. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0388>>. Epub 10 Ago 2017. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0388>.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto et al. **FATORES DE RESILIÊNCIA NO ENVELHECIMENTO VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA.** *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, v. 2, n. 2, 20 dez. 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n2a3>>. Acesso em 21 nov. 2022

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223,

abr. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fevereiro 2023.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016.

MUNIZ, E. A.; FREITAS, C. A. S. L.; OLIVEIRA, E. N.; LACERDA, M. R. **ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS DE IDOSOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS**. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, [S. l.], v. 23, n. 2, 2018. DOI: 10.22456/2316-2171.61187. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/61187>. Acesso em: 21 nov. 2022.

NUNES, B.P. et al. **Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 36, n. 12, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129620>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n12/e00129620/pt/>. Acesso em: 16 ago. 2021.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE – OBSERVAPOA. Indicadores. Porto Alegre em Análise, Séries Históricas, População, **População de Idosos**. Porto Alegre, 2019. Disponível em http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=1_10_150. Acesso em: 18 de novembro 2019.

OLIVEIRA, A. S. **Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil**. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, [S. l.], v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 20 nov. 2022.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler e KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Melhor em Casa: Dispositivo de Segurança**. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 21 Novembro 2022] , e2660015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>>

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – PMPA. Secretarias, Saúde, Informações em Saúde, IBGE, (População e domicílios), **Dados demográficos IBGE 2010**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918. Acesso em: 19 novembro 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – PMPA. Secretarias, Saúde. **Estrutura**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808. Acesso em: 07 de janeiro 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – PMPA. Secretarias, Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**. Porto Alegre, 2021. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2022_25.pdf. Acesso em: 01 de março de 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA, Secretarias, Direitos Humanos. **Secretaria Adjunta do Idoso**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smdh/default.php?reg=1&p_secao=54#:~:text=Em%20Porto%20Alegre%2C%20o%20n%C3%BAmero,dentre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20da%20capital. Acesso em: 07 de janeiro de 2023.

ROCHA, Kátia Bones et al. **A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde: Uma Revisão de Literatura**. Psicologia, Saúde e Doenças, Vol. 18, núm.1, pp.170-185, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481015>>. Acesso em 21 nov. 2022

Romero, Dalia Elena et al. **O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2022, v. 38, n. 5 [Acessado 21 Novembro 2022], e00216821. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00216821>>. Epub 16 Maio 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216821>.

SANTOS, Adyverson Gomes Dos et al.. **Consulta de enfermagem gerontogeriatrica e avaliação multidimensional do idoso: um relato de experiência.** Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano... Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77454>>. Acesso em: 17/02/2023 10:44

SILVA, Amanda Ramalho et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [s.l.], v. 66, n. 1, p.45-51, mar. 2017.

Silva, Alexandre Moreira de Melo et al. **Fragilidade entre idosos e percepção de problemas em indicadores de atributos da atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil.** Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 37, n. 9 [Acessado 24 Novembro 2022], e00255420. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00255420>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255420>.

Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, Francisco PMSB, Assumpção D, Neri AL, et al. **Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa.** Rev Saude Publica. 2021;55:4. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>

SIMÕES, Ângela Lopes; SAPETA, Paula. Construção Social do Envelhecimento Individual. **Revista Kairós: Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.09-26, 30 jun. 2017.

TSANG, Monique. **Conectando e cuidando: inovações para um envelhecimento saudável.** Boletim da Organização Mundial da Saúde, [S.L.], v. 90, n. 3, p. 162-163, 1 mar. 2012. OMS Press. <http://dx.doi.org/10.2471/blt.12.020312>.

APÊNDICE A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase II

Apresentação:

- Bom dia/Boa tarde!

- Aqui quem fala é (nome do pesquisador), sou pesquisador (a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e estou ligando para falar com o Sr/ a Sra (nome), pois no dia xx/xx/xxxx a minha colega (nome) foi à sua residência para fazer umas perguntas. o Sr/Sra (nome) ainda reside no mesmo lugar?

Convite:

- Estou realizando este contato, pois o Sr/ a Sra (ou a pessoa que o Sr/Sra cuida) é atendido(a) pela Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1) da (nome da Unidade de Saúde). Gostaria de convidá-lo (a) para continuar participando da pesquisa “Condições de saúde de idosos vinculados à Atenção Domiciliar da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Porto Alegre”, coordenada pela Professora Idiane Rosset. - Posso explicar como a pesquisa funciona?

() Sim () Não neste momento, retorno em _____ () Não tem

interesse

Explicação:

- Essa pesquisa se iniciou em 2018. Agora estamos na fase II, que tem o objetivo de comparar as alterações nas variáveis sociodemográficas, suporte social, humor e cognição dos idosos durante a pandemia do Covid-19.

- Se o Sr/ a Sra aceitar participar será realizada uma entrevista por telefone, que demora entre 20 e 40 minutos, para coletar algumas informações relacionadas a sua saúde durante a pandemia de COVID-19.

- A sua participação no estudo contribuirá para o crescimento do conhecimento sobre os efeitos do COVID-19 na população idosa, proporcionando subsídio para estudos futuros que possam propor instrumentos de organização dos serviços de Atenção Básica em relação ao COVID-19.

A pesquisa está sendo realizada por telefone, para a maior segurança dos participantes e pesquisadores, mas caso seja necessário, essa entrevista poderá ser realizada através de uma visita domiciliar.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP HCPA) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA). E tem a ciência da coordenação da Atenção Básica do Município.

- O Sr/ A Sra tem alguma pergunta sobre a pesquisa?

Convite:

- O Sr/ A Sra aceita participar da pesquisa?

() **Sim** --> Se aceitar, realizar a entrevista.

() **Sim, mas em outro momento** --> Se aceitar, mas preferir responder em outro momento:

- Então, peço que informe qual o melhor momento para realizar a entrevista. Retorno em _____ (avisar que pode haver a possibilidade de ser outro entrevistador que irá ligar)

- Agradeço pela sua atenção e pelo tempo disponibilizado.

() **Não** --> Se não aceitar, encerrar a ligação:

- Agradeço pela sua atenção e pelo tempo disponibilizado.

Entrevista:

- Farei algumas perguntas em relação a sua saúde durante a pandemia de COVID-19.

- APÊNDICE B;
- ANEXO D;
- ANEXO E.

Encerramento:

- Agradeço pela sua atenção e pelo tempo disponibilizado.

- Lembramos que os dados coletados são confidenciais e utilizados para fins acadêmicos.

- Favor não entrar em contato por esse telefone que estou ligando. Caso queira entrar em contato com a equipe do estudo, o telefone é (51) 3359-7926.

- Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (51) 3359-7640 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (51) 3289-5517.

Observações para o pesquisador.

- É deixado que o participante se expresse abertamente sobre cada pergunta. Mais detalhes da avaliação das respostas encontram-se no apêndice sobre o questionário da entrevista. Caso as respostas fornecidas não sejam suficientes para responder às perguntas, o pesquisador poderá reformular as perguntas para que se obtenha as informações.

- Caso o participante não tenha alguma informação no momento, poderá ser combinada uma nova ligação telefônica para concluir a entrevista.

14) O(a) Sr/Sra consegue manter a realização das suas tarefas cotidianas que realizava antes da pandemia?	(1) sempre (2) quase sempre (3) às vezes (4) nunca	
15.1) Quantas vezes você foi internado no último ano? 15.2)E durante todo o período de pandemia? (a partir de março de 2020)	_____ _____	
16) De um modo geral, como você descreveria sua saúde?	(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	
17) Você usa cinco ou mais tipos de remédios prescritos de modo regular?	(0)não (1)sim	
18) As vezes você esquece de tomar seus medicamentos prescritos?	(0) não (1) sim	
19) Durante a pandemia, você pode contar com alguém que seja capaz e queira lhe ajudar quando você necessitar de ajuda?	(0) Sempre (1) Algumas vezes (2) Nunca	
20) Em geral, de que forma o(a) sr(a) avalia sua satisfação com a vida?	(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	
21) O(a) Sr/Sra tem se sentido triste ou deprimido com frequência?	(0) não (1) sim	
22) Repita as palavras CANECA, TIJOLO E TAPETE. Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).		

23) O(a) Sr/Sra fez o isolamento durante a pandemia de COVID-19?	(1) Sim, sempre (2) quase sempre (3) às vezes (4) poucas vezes (5) Não	
24) O(a) Sr/Sra fez/faz uso de máscara e dos demais protocolos de proteção quando em contato com outras pessoas?	(1) Sim, sempre (2) quase sempre (3) às vezes (4) poucas vezes (5) Não	
25) O(a) Sr/Sra teve COVID-19? Mais de uma vez?	(1) Sim, sem internação (2) Sim, com internação () clínica () UTI (3) Não	data: Por quanto tempo, se internação:
26) Se sim, ficou com sequelas?	(1) Sim (2) Não	Quais?
27) O(a) Sr/Sra realizou a vacina da Influenza?	(1) Sim, 2020 e 2021 (2) sim, somente em 2020 (3) sim, somente em 2021 (4) Não	
28.1) Realizou a vacina contra Covid-19? 28.2) Qual vacina? 28.3) Quando completou o esquema?	(1) Sim (2) Não	Qual? Quando?
29) Repita as palavras que disse há pouco.	(1) repetiu todas (2) repetiu 2 (3) repetiu 1 (4) repetiu nenhuma	
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
30) Quando necessitou de assistência à saúde, qual a forma que utilizou durante a pandemia?	(1) Não consegui acesso (2) Sempre recebe pela AD (3) Desloca-se até o serviço de saúde (4) Por teleatendimento (5) Outra: _____	
31) Com que frequência recebeu atendimento da sua unidade básica de saúde durante a pandemia?	(1) não recebi (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos de uma vez/mês (5) Menos de uma vez por ano	

	(6) Quando solicitado	
32) Recebeu atendimento no domicílio de sua unidade básica de saúde durante a pandemia?	(1) sim. Quantas vezes (2020/2021)? (2) não	

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

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

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

Nome do participante da pesquisa Assinatura

Testemunha imparcial Assinatura (Se aplicável)

Nome do pesquisador que aplicou o Termo Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

ANEXO A – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL	
Alimentação _____	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda para cortar a comida, espalhar a manteiga etc. (10) Independente (comida cozida e servida sob alcance, mas não cortada).
Uso do Banheiro _____	(0) Dependente. (5) Necessita de ajuda, mas pode fazer algumas coisas sozinho, incluindo o uso do papel higiênico. (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).
Bexiga _____	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, tem acidente ocasional. (10) Contínente, controla durante o dia e a noite.
Intestino _____	(0) Incontinente. (5) Necessita de ajuda, ou tem acidente ocasional. (10) Contínente.
Banho _____	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente.
Cuidados Pessoais _____	(0) Dependente necessita de alguma ajuda. (5) Independente, capaz de barbear-se, pentear o cabelo, lavar o rosto e escovar os dentes.
Mobilidade _____	(0) Dependente, imóvel. (5) Independente em cadeira de rodas (10) Necessita de auxílio de uma pessoa (não treinada, incluindo supervisão) (15) Independente, pode usar qualquer órtese.
Transferências _____	(0) Dependente, incapaz. Necessita de ajuda de duas pessoas para levantar. (5) Necessita de grande ajuda. Auxílio físico de uma pessoa forte e treinada ou duas não treinadas. (10) Necessita de pequena ajuda. Uma pessoa com facilidade ou apenas supervisão para segurança. (15) Independente.
Escadas _____	(0) Dependente, incapaz. (5) Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão. (10) Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala).
Vestir-se _____	(0) Dependente. (5) Precisa de ajuda, mas parcialmente independente. (10) Independente, incluindo botões, zíper, laços.
Total: _____	

ANEXO B – Escala de Lawton e Brody

ESCALA DE LAWTON E BRODY - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

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

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica, 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ANEXO C – Termo de Compromisso de Utilização de Dados HCPA



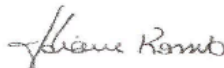

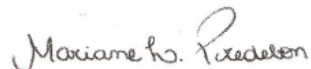



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

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

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

Porto Alegre, 25 de maio de 2018.

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

ANEXO D – Termo de Compromisso de Utilização de Dados SMSPA



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

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

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

Pesquisador (a) Responsável: Idiane Rosset

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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


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

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

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

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

Porto Alegre, 24/05/2018.



Pesquisador responsável

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

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – CEP SMSPA

ANEXO E – Escala de Fragilidade Edmonton

ESCALA DE FRAGILIDADE EDMONTON

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

A. Cognição

	A	B	C
--	---	---	---

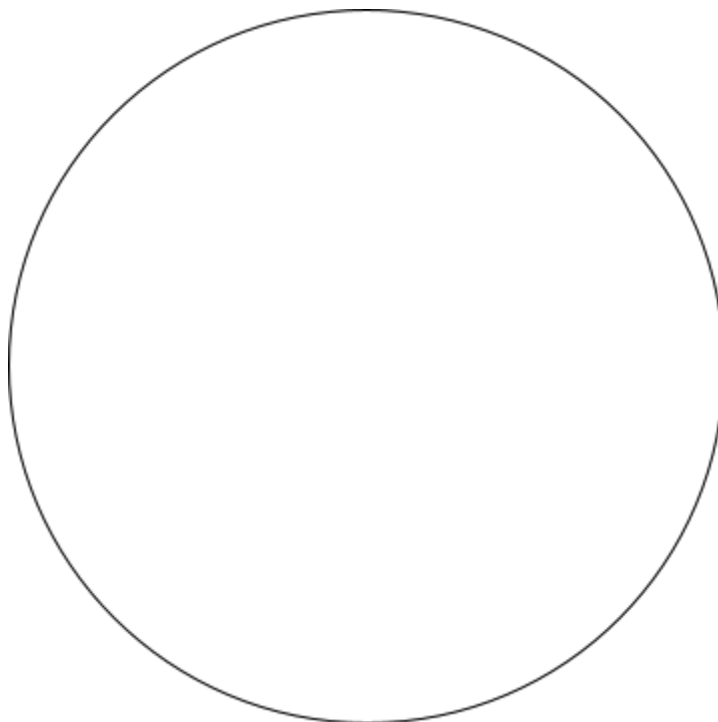
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO: “Imagine que este círculo seja um relógio”. Gostaria que você colocasse os números nos seus devidos lugares. A seguir, desenhe os ponteiros para indicar o horário de 11:10 (ver o método de pontuação do TDR).

Aprovado

Não aprovado por pequenos erros.

Não aprovado por erros maiores.

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



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

B. Estado Geral de Saúde

Quantas vezes você foi internado no ano passado?

0

1-2

>2

De um modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha um)

Excelente
 Muito boa
 Boa

Regular

Ruim

C. Independência Funcional

Em quantas das seguintes atividades você necessita de ajuda? (0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8

- Preparar refeições
- Transporte
- Serviços de casa
- Lidar com dinheiro
- Compras
- Telefonar
- Lavar roupas
- Tomar remédios

Suporte Social

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

C. Uso de Medicamentos

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

D. Nutrição

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

E. Humor

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

G. Continência

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

Desempenho Funcional

Atenção: considere este teste como > 20 segundos se:

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

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

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