

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Tatiane Almeida de Oliveira

Assistência domiciliar no SUS: reflexões sobre o acesso aos serviços com base nas condições de saneamento básico da população idosa.

Juiz de Fora
2013

Tatiane Almeida de Oliveira

Assistência domiciliar no SUS: reflexões sobre o acesso aos serviços com base nas condições de saneamento básico da população idosa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo Saúde-Doecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Juiz de Fora

2013

Folha de Aprovação

TATIANE ALMEIDA DE OLIVEIRA

“Assistência domiciliar no SUS: reflexões sobre o acesso aos serviços com base nas condições de saneamento básico da população idosa”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em ___/___/___

Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Cláudia Maria de Rezende Travassos
Fundação Oswaldo Cruz

Agradecimentos

O presente trabalho de dissertação de mestrado foi concebido com o apoio de diversas pessoas que se envolveram para alcançar esses resultados. Dessa forma, gostaria de expressar o meu reconhecimento e agradecimento a todos aqueles que me ajudaram ao longo deste trabalho.

Os meus agradecimentos ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro - um pesquisador, professor e ser humano exemplar - que contribuiu para minha inserção na pesquisa científica com paciência, dedicação e carinho de um homem comprometido com a ética, o ensino e pesquisa. Obrigada, professor pelos incentivos, pelo apoio, por compartilhar dos meus anseios e por acreditar em mim.

Às professoras e doutoras convidadas da banca, Cláudia Maria de Rezende Travassos e Beatriz Francisco Farah, pelas pertinentes contribuições que permitiram uma visão mais adequada sobre minha pesquisa.

Às professoras, Estela Márcia Saraiva Campos e Edna Aparecida Barbosa de Castro, que contribuíram para meu entendimento sobre o SUS e sobre a Assistência Domiciliar.

Aos meus pais, Mariinha e Walmir, responsáveis pela minha determinação e empenho, me apoiaram e incentivaram nos momentos mais difíceis como também nas conquistas.

À minha avó, Maria Neves que se preocupava comigo e fazia belos lanches para meu longo dia de pesquisa.

Ao meu companheiro Ramiro Prata, que compartilhou das minhas idéias, compreendeu minhas ausências e me apoiou durante todo o meu processo de formação.

Ao Gerson e ao Alex do Laboratório de Estudos Estatísticos em Saúde que me auxiliaram no conhecimento e na manipulação dos programas estatísticos e de geoprocessamento.

Às alunas de graduação em enfermagem, Ana Paula Gomes, Anna Paula Nogueira, Daniela Almeida, Évani Ingrid, Priscila Toledo e Vanessa Braz que apoiaram meu projeto desde o início.

E por fim, aos militantes da Reforma Sanitária Brasileira, que ao terem como horizonte de expectativa a saúde enquanto direito de cidadania e controle social, enriquecem a discussão sobre saúde no país.

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo" Albert Einstein

RESUMO

Introdução: o contexto familiar tem um papel importante no processo de envelhecimento, e nos casos em que o idoso é dependente, surge a figura de um cuidador. Uma possibilidade de atendimento ao idoso frágil e de apoio aos seus cuidadores informais é a Assistência Domiciliar (AD). Algumas possíveis vantagens desse modelo são: a melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos usuários, o estímulo aos vínculos familiares e profissionais, a redução dos custos gerais, a desospitalização, o aumento da segurança, o trabalho multiprofissional, e a mudança no padrão de atendimento cartesiano do sistema de saúde vigente. Entretanto, as condições sanitárias dos domicílios muitas vezes são incompatíveis para a implantação da AD de acordo com as exigências da resolução da ANVISA nº11 de 01/2006. Dessa forma, este trabalho propõe analisar o acesso da população idosa aos serviços de assistência domiciliar no setor público com base nas condições de saneamento e moradia, e propor uma delimitação para as áreas de abrangência de Equipes Multidisciplinares de Assistência Domiciliar (EMAD) para o município de Juiz de Fora (MG). **Metodologia:** este estudo utilizou os resultados do censo de 2010 e os dados sobre a cobertura de serviços de saúde pelo município. Foi criada uma variável nominal dicotômica que representou as exigências mínimas para implantação do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) pelo arcabouço legal (domicílios adequados e inadequados). Foram consideradas as características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos, as condições de saneamento e moradia e a cobertura por serviços de saúde. A partir disso, realizou-se uma análise bivariada entre a condição domiciliar para AD e as demais variáveis, além de uma distribuição territorial dos resultados por meio de geoprocessamento dos dados. **Resultados:** as condições domiciliares inadequadas para AD representaram 15,1% de todos os domicílios com idosos e estavam associadas às cores de pele preta e parda, sexo masculino, idade maior que 90 anos, incapacidade funcional básica, baixa renda e baixo nível de instrução. A proporção de domicílios adequados foi maior nas regiões centrais, bem como a oferta de serviços hospitalares. A cobertura pela Estratégia de Saúde da Família foi maior nas regiões de periferia. A divisão territorial proposta para EMAD manteve as características dos grupos populacionais que compunham as áreas de abrangência. **Conclusão:** Apesar dos princípios e diretrizes dos SAD ressaltarem a ampliação do acesso, este ainda é condicionado por condições sanitárias e de moradias precárias para a população idosa. Para que a AD seja inserida efetivamente no contexto público de saúde, deve-se primar pela intersectorialidade por meio da melhoria das condições básicas de saneamento e moradia, das desigualdades socioeconômicas e do acesso aos diversos níveis de serviços de saúde, com a finalidade de oferecer um atendimento integral e universal pelo SUS.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Saúde Pública. Serviços de Saúde para Idosos. Política de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Censo Demográfico.

ABSTRAT

Introduction: the family background has an important role in the aging process, and in cases where the elderly are dependent, appears the figure of a caregiver. One possibility to take care of the fragile elderly and to support their informal caregivers is Home Care (HC). Some possible advantages of this model are: the improvement of the quality of life and the satisfaction of the users, the stimulus to family and professional bonds, the reduction of overhead costs, dehospitalization, the increase in security, multiprofessional work, and the change in the pattern of cartesian care in the current health system. However, the homes sanitary conditions are often incompatible for the deployment of HC in accordance with the requirements of resolution of ANVISA no. 11 of 01/2006. In this way, this study suggests to analyze the access of elderly population to the services of home care in the public sector on the basis of the conditions of sanitation and housing, and propose a definition for the areas of coverage of Multidisciplinary Team of Home care (MTHC) for the city of Juiz de Fora (MG). Methodology: this study used the results of the 2010 census and the data on the coverage of health services by the municipality. It was created a nominal variable dichotomous that represented the minimum requirements for the implementation of the Home Care Services (HCS) according to the legal framework (households appropriate and inappropriate). It was considered the socioeconomic and demographic characteristics of individuals, the conditions of sanitation and housing and the coverage by health services. From this, it was performed a bivariate analysis of the home conditions for HC and the other variables, in addition to a territorial distribution of the results by means of geoprocessing. Results: the home conditions unsuitable for HC accounted for 15.1 % of all households with elderly and were associated with the colors of the black and mulatto, male sex, age greater than 90 years, basic functional incapacity, low income and low level of education. The proportion of households suitable was greater in the central regions, as well as the provision of hospital services. The coverage by the Family Health Strategy was greater in regions of the periphery. The territorial division proposal for MTHC maintained the characteristics of population groups that comprised the areas of coverage. Conclusion: although the principles and guidelines of HCS emphasized the expansion of access, this is still conditioned by sanitary conditions and substandard housing for the elderly population. For that the HC is inserted effectively in the context of public health, we must prioritize intersectoriality by means of improving the basic conditions of sanitation and housing, socio-economic inequalities and access to various levels of health services, in order to offer a comprehensive and universal care by Unified Health System.

Keywords: Home Care Services. Public Health. Health Services for the Aged. Health Policy. Health Services Accessibility. Censuses.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Figura 01 - Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045..... | 17 |
| Figura 02 - Proporção de domicílios adequados por região – Juiz de Fora (MG)..... | 51 |
| Figura 03 – Cobertura por serviços de telefone, água, esgoto, energia e coleta de lixo por região – Juiz de Fora (MG)..... | 52 |
| Figura 04 - Cobertura de ESF por região..... | 54 |
| Figura 05 – Distribuição de hospitais públicos e filantrópicos, e SAMU pelo território municipal..... | 55 |
| Figura 06 – Proposta de divisão territorial para as áreas de abrangência para EMAD em áreas urbanas e rurais de Juiz de Fora (MG) conforme o critério legal de contingente populacional..... | 58 |
| Figura 07 – Proposta de divisão territorial para as áreas de abrangência para EMAD em áreas urbanas de Juiz de Fora (MG) conforme o critério legal de contingente populacional..... | 59 |
| Gráfico 01 - Proporção de domicílios em região urbana e rural por adequação para AD..... | 49 |

LISTA DE TABELAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Tabela 01 - Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos em Juiz de Fora..... | 37 |
| Tabela 02 - Fração amostral dos domicílios e números de municípios, segundo as classes de tamanho da população dos municípios..... | 39 |
| Tabela 03 - Fração da amostra no município e nas áreas de ponderação..... | 40 |
| Tabela 04 - Prevalência de adequação domiciliar por variável analisada e geral..... | 46 |
| Tabela 05 - Número de idosos por domicílios adequados e inadequados..... | 47 |
| Tabela 06 - Distribuição das causas de inadequação entre os domicílios inadequados..... | 47 |
| Tabela 07 - Condição do domicílio em regiões urbanas e rurais sem a variável de telefone..... | 48 |
| Tabela 08 - Condição do domicílio em regiões urbanas e rurais com a variável de telefone..... | 48 |
| Tabela 09 - Condição do domicílio por região..... | 50 |
| Tabela 10 - Cobertura por serviços de APS geral e por região em 2010..... | 53 |
| Tabela 11 - Adequação do domicílio conforme as características socioeconômicas e demográficas dos idosos..... | 57 |
| Tabela 12- Proporção de idosos frágeis por idade..... | 57 |
| Tabela 13 - Proporção de adequação domiciliar por causa e EMAD..... | 60 |
| Tabela 14 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos por área de abrangência propostas para as EMAD..... | 61 |
| Tabela 15 - Sugestão de distribuição de EMAD e a cobertura por serviços de APS em 2010..... | 62 |
| | |
| Quadro 01 - Composição das regiões administrativas..... | 43 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AD | Assistência Domiciliar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CMDSS | Conferência Mundial de Determinantes Sociais de Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não-Transmissíveis |
| EMAD | Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar |
| EMAP | Equipes Multiprofissionais de Apoio |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI | Instituições de Longa Permanência para Idosos |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAC | Programa de Agentes Comunitários |
| PAD | Programas de Assistência Domiciliar |
| PNI | Política Nacional do Idoso |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAD | Serviços de Atenção Domiciliar |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIS | Sistemas de Informação em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UAPS | Unidades de Atenção Primária à Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 2.1 Contexto demográfico e epidemiológico | 16 |
| 2.2 Modelos de atenção à saúde | 18 |
| 2.3 O papel do Estado | 20 |
| 2.4 Indivíduo, família e profissionais de saúde | 22 |
| 2.5 Assistência domiciliar..... | 26 |
| 2.5.1 O modelo de assistência domiciliar | 26 |
| 2.5.2 Avanços e desafios da assistência domiciliar | 29 |
| 2.5.3 Assistência domiciliar e condições ambientais..... | 32 |
| 3 OBJETIVOS | 35 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 35 |
| 3.2 Objetivos específicos | 35 |
| 4 METODOLOGIA..... | 36 |
| 4.1 Desenho do estudo..... | 36 |
| 4.2 Cenário da pesquisa | 36 |
| 4.3 Fonte de dados | 38 |
| 4.4 Amostra | 39 |
| 4.5 Variáveis | 41 |
| 4.6 Análise dos dados | 44 |
| 5 RESULTADOS | 46 |
| 5.1 Condições domiciliares – variáveis primárias | 46 |
| 5.2 Cobertura por serviços de saúde – variável secundária | 53 |
| 5.3 Características Individuais – variáveis terciárias | 56 |
| 5.4 Proposta de divisão territorial para EMAD..... | 58 |
| 6 DISCUSSÃO | 64 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 70 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 72 |
| APÊNDICE | 85 |
| ANEXO 1..... | 86 |
| ANEXO 2 | 96 |

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um fator que exige adaptações no sistema de saúde para atender a população idosa. Estima-se que no Brasil, até no ano 2020 serão cerca de 32 milhões de habitantes com 60 anos ou mais, o que vai render ao país a sexta posição entre os países com maiores índices de envelhecimento humano. Esse cenário contribui para o aumento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas e da utilização de serviços de saúde. Entretanto, alguns autores mostraram que somente 10 a 25% dos idosos são indivíduos que necessitam de cuidados intensivos e de custos elevados (CARMONA; ÉVORA, 2002; LOURENÇO, 2005; SALES; SANTOS, 2007).

Porém, o sistema de saúde público não tem conseguido atender toda a demanda por cuidados desta parcela da população. Os modelos vigentes de assistência a saúde em diversos níveis, desde a promoção e prevenção à assistência e reabilitação, necessitam de reformulações e adaptações para atender aos idosos, respeitando suas características especiais e peculiares (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004; LOURENÇO, 2005; MENDES, 2002). O momento da transição demográfica por que passa a população brasileira, com o aumento do número absoluto e relativo de idosos e também da longevidade contribui para agravar essa situação (WONG; CARVALHO, 2006).

Associado ao problema do não atendimento ao princípio da universalidade, muitos usuários não utilizam os serviços de Atenção Primária de forma sistemática, e buscam o atendimento à saúde através dos serviços de média e alta complexidade, em estágios avançados de sua doença. Isso pode contribuir para o aumento dos custos de atendimento e para a diminuição das chances de prognóstico favorável sem garantia de efetivos resultados na recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida (GOTTEMS et al., 2009; OMS, 2005; SILVESTRE et al., 1998 apud LOURENÇO, 2005; VERAS, 2009).

Telarolli et al. (1996) lembram que um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a implementação da cobertura universal e equitativa dos serviços, garantidas legalmente na constituição e nas leis orgânicas da saúde, o que ainda é

reafirmado por Paim et al. (2011) quinze anos depois. Por isso, esse contexto deve ser um fator impulsor de criação de políticas sociais para o auxílio à população que alcança idades avançadas (FERREIRA, 2007).

A diminuição da taxa de fecundidade leva ao aumento na proporção de idosos na sociedade e a um número menor de filhos, bem como a mudanças nos padrões familiares (CAMARANO, 2003). Esse contexto demográfico contribui para uma queda no número de potenciais cuidadores familiares (FERREIRA; WONG, 2008; SILVA, 2004). Esse grupo de cuidadores informais muitas vezes é também constituído de idosos com problemas de saúde próprios, o que gera sobrecarga no cuidado e problemas adjacentes (FERREIRA; WONG, 2008).

As atuais condições de vida e saúde das pessoas idosas e também de seus cuidadores e familiares apontam para a necessidade de mudanças na abordagem e nos modelos de atendimento, e de novas estruturas físicas e humanas para que o sistema ganhe mais eficiência e resolutividade (NUNES et al., 2003; VERAS, 2009).

Veras (2009) destaca que as ações em saúde para a população idosa deveriam primar pela autonomia e conservação da capacidade funcional dos idosos, e sugere ações de promoção da saúde e intervenções públicas em atenção domiciliar (BRASIL, 2003; FERREIRA, 2007).

Desde 2002, a atenção domiciliar é prevista pelo Ministério da Saúde (MS) como um direito do usuário no contínuo de sua assistência no SUS. Esta modalidade de atenção não tem intenção de substituir os internamentos em instituições de alta tecnologia, e sim articular a referência da rede de atenção primária com a secundária e terciária (BRASIL, 2002; MENDES, 2007). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza o domicílio e contempla uma abordagem eficaz para a identificação do idoso fragilizado, pois respeitaria, em tese, as diferenças locais que devem ser observadas para se atingir a qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2003; MENDES, 2002).

A assistência domiciliar (AD) desenvolve atividades baseadas na relação entre os sujeitos do cuidado, permitindo a valorização do humano, aproximando-se da perspectiva apontada pelas políticas de humanização e de promoção da saúde definidas pelo MS (BRASIL, 2002).

Alguns estudos apontam que o modelo de assistência domiciliar tem se mostrado efetivo para o usuário no que diz respeito à melhora da qualidade de vida,

da autonomia, do aumento do sentimento de segurança, da desospitalização, redução de infecções, e da humanização (KERBER et al., 2008b; LACERDA, 2010; MACHADO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2011).

Cuidadores e familiares dos idosos são os que menos usufruem das vantagens da assistência domiciliar, pois podem sofrer conflitos de interesses econômicos a partir das práticas de cuidado gratuito exercidas pelos familiares em substituição às ações de profissionais de saúde remunerados, além de passar por tensões e inseguranças nas atividades do cuidado. As ações de cuidado no domicílio não tem se mostrado efetivas no processo saúde/doença dos familiares (CANDY et al., 2011; FRANCO; MERHY, 2008; OLIVEIRA et al., 2010).

Porém, a assistência domiciliar ainda não é incluída de modo sistemático dentre as políticas de atenção do SUS. Foi observada a dificuldade das famílias em conseguir acesso aos serviços de assistência domiciliar sendo necessário que se recorra às instituições privadas (CUNHA; MORAIS, 2007). Isto infringe o Art. 196, na Constituição “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e alguns princípios do SUS, principalmente o da integralidade da assistência e o da universalidade, visto que o uso do serviço fica dependente da capacidade de pagamento.

O acesso a esses serviços também é dependente diretamente da situação do domicílio de saneamento básico como abastecimento de água, rede de esgoto, energia elétrica e coleta de lixo de acordo com os critérios legais estabelecidos pela RDC/ANVISA nº 11 de 2006. Isso remete ao conceito de acessibilidade que amplia o sentido de acesso à aspectos sócio-organizacionais e geográficos e não apenas à oferta de serviços (DONABEDIAN, 1988; UNGLERT, 1990).

De acordo com a lei nº 11.445 de 05 de Janeiro de 2007, alguns dos princípios fundamentais dos serviços de saneamento básico no Brasil são: a universalização do acesso e a integralidade entre o conjunto de atividades (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos).

As condições habitacionais constituem critérios fundamentais para a implantação de AD, conforme a RDC/ANVISA nº 11 de janeiro de 2006. De acordo com dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, apesar da melhoria na infraestrutura de saneamento básico no Brasil, esta não foi suficiente para eliminar as desigualdades regionais e entre as populações rurais e urbanas.

Diante do exposto, se faz necessária a busca por soluções que maximizem os efeitos dos investimentos públicos e primem pela qualidade da assistência à saúde. Estas devem se pautar em ações baseadas nas necessidades da população e na viabilidade econômica, além do acesso universal e equânime.

Com base nesse cenário, este trabalho tem como pergunta norteadora: o estabelecimento de critérios legais para o SAD podem gerar quais tipos de implicações no acesso dos indivíduos à esses serviços? A partir disso surgem outras perguntas: a AD pode ser considerada uma opção de atendimento à saúde pública para a população brasileira? Seria viável a implantação desses serviços na cidade de Juiz de Fora, com base nas condições de saneamento básico locais? Qual o contexto sócio-cultural e econômico das famílias com idosos? É possível que o apoio de uma equipe de assistência domiciliar em diferentes níveis de atenção à saúde seja uma possibilidade de atendimento universal, integral e humanizado para usuários e seus cuidadores? Quais grupos populacionais seriam potencialmente cobertos e quais ficariam descobertos? Assim, o objetivo geral deste estudo é: analisar o acesso da população idosa aos serviços de assistência domiciliar no setor público com base nas condições de saneamento e moradia.

Para atingir este objetivo, esta dissertação está organizada em oito capítulos. Inicialmente foi abordada a revisão de literatura, onde foi discutida a implicação dos processos de transição demográfica e epidemiológica para os sistemas de saúde, para as políticas de saúde vigentes e para os indivíduos e seus familiares. Assim, foram pontuadas questões sobre a necessidade de mudança no atendimento ao idoso e família, e a possibilidade de implementação do modelo público de assistência domiciliar, levando em consideração suas vantagens e desafios. Em seguida, foram descritos os objetivos do trabalho, a metodologia utilizada, os resultados, a discussão sobre o tema, a conclusão e as referências utilizadas. O mapa conceitual que abrange o fluxo e a relação entre os conteúdos abordados pode ser consultado no Apêndice deste documento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contexto demográfico e epidemiológico

O crescimento da população idosa é um fenômeno universal. No Brasil, houve um aumento da proporção de idosos maiores de 60 anos de 4,9% da população total em 1970, passando para 10,1% em 2010. Esse percentual pode alcançar 19% em 2050 (BRASIL, 2010a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; MENDES, 2011; PAIM et al., 2011; PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Conforme Veras (2009), o país pode chegar à sexta posição mundial em número de idosos, sendo que a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população brasileira.

Deve ser levado em consideração que o processo de envelhecimento pode ser interpretado de três formas: envelhecimento biológico, social e populacional. Nesse trabalho, a ênfase será dada ao envelhecimento populacional, que está relacionado com o processo de transição demográfica, um fenômeno universal, mesmo que não seja de forma equitativa nas diferentes realidades socioeconômicas mundiais (PAIVA; WAJNMAN, 2005; VERAS, 2009).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou uma projeção da pirâmide etária de 2045 (Figura 01), que ilustra esse crescente aumento em proporção de idosos.

As possíveis causas dessa transição demográfica são complexas. Uma das causas foi a rápida e considerável queda da fecundidade, o que em conjunto gerou o aumento proporcional dos indivíduos idosos. Além disso, outra causa seria a queda da mortalidade em idades mais avançadas (BRASIL, 2010a; CAMARANO, 2002; CARVALHO; GARCIA, 2003).

O padrão epidemiológico também vem sendo modificado. O processo de transição epidemiológica “caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas” (BRASIL, 2010, p. 16).

Na década de 30, 45% das mortes tinham como causas doenças infecciosas e parasitárias. Já no início do século XXI, esse quadro é invertido, sendo que 48% dos óbitos passam a ter como causas as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (SCHRAMM et al., 2004).

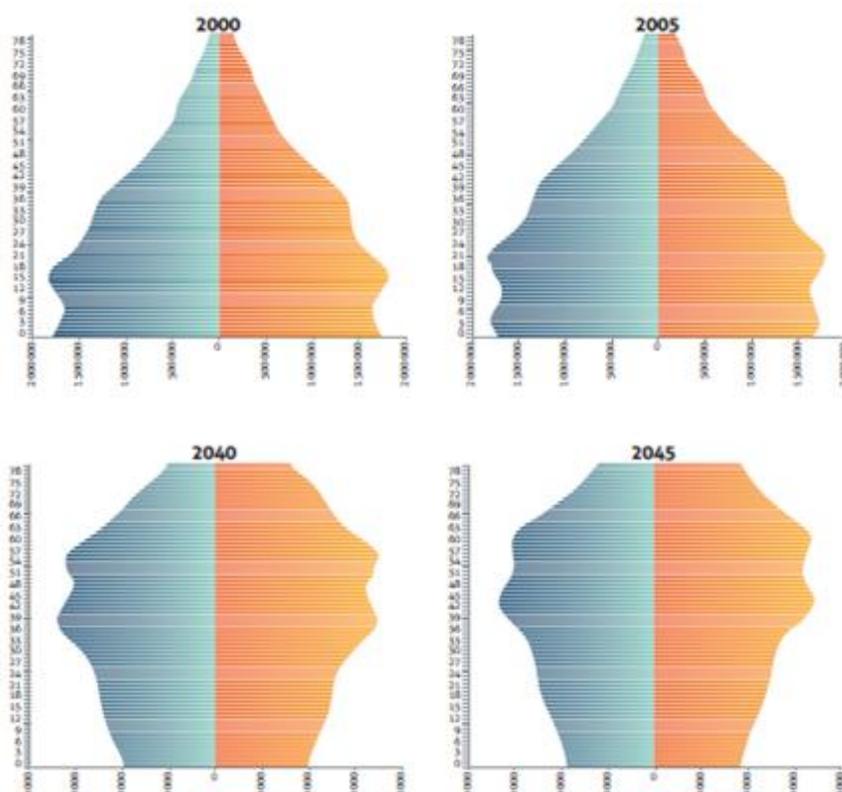


Figura 01 - Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045. IBGE (2008) apud BRASIL (2011a, p.27).

O processo de transição epidemiológica no Brasil se deu em menos de 40 anos, o que exigiu uma gama de cuidados contínuos para enfrentar um quadro crescente de patologias crônicas, complexas e de maior custo de recuperação típicas de países desenvolvidos (VERAS, 2009).

Conforme Achutti e Azambuja (2004), as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) têm alta prevalência, podendo chegar a serem responsáveis por cerca de 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, correspondendo a 63% dos óbitos mundiais em 2008. No Brasil, esse percentual chegou a 62% de

todas as mortes e 39% das hospitalizações pelo SUS no ano de 2001. Isso evoluiu para 72% das causas de mortes em 2010 (BRASIL, 2011a; OMS, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Ainda são registradas altas taxas de mortalidade, principalmente as do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011a; OPAS, 2011; SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com Mendes (2010), no caso brasileiro, ocorreu uma tripla carga de doenças (presença simultânea de doenças infecciosas, reprodutivas e desnutrição; doenças crônicas; e ainda um acentuado aumento das causas externas).

Por fim, a transição demográfica e epidemiológica no Brasil foi muito rápida, característica dos países em desenvolvimento e nos leva a refletir sobre as repercussões tanto sociais e políticas, quanto gerenciais e em pesquisa para vencer as atuais fragilidades dos modelos de enfrentamento destas novas condições sociais. Isso emerge não pelo aumento do número de idosos, e sim pelo peso relativo destes indivíduos em uma população total (BRASIL, 2010; CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009).

Portanto, a discussão sobre os modelos de atenção à saúde deve levar em consideração os aspectos demográficos e epidemiológicos dos indivíduos idosos. Assim, surgem as reais necessidades deste grupo, o que enriquece o debate sobre uma proposta de organização do SUS (MENDES, 2011).

2.2 Modelos de atenção à saúde

O SUS tem o objetivo de melhorar os níveis de saúde com eficiência, eficácia e efetividade, de forma equitativa e universal. O seu atual modelo de atenção à saúde possui características de atendimento crônicas e agudas concomitantes. No entanto, muitas vezes os atendimentos agudos são priorizados, o que não condiz com a situação epidemiológica do país que em sua maioria é de doenças crônicas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006; MENDES, 2010). Isso pode ser observado pela grande fragmentação no

atendimento, dificuldade no fluxo entre pontos de atenção à saúde e precariedade da atenção primária (MENDES, 2002).

O sistema de atenção à saúde brasileiro ainda não está integrado internamente entre seus níveis de atenção, com dificuldades na relação público-privado, na atribuição de competências e na avaliação de serviços e resultados, além da desvalorização de recursos humanos (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Essa falta de estrutura no sistema de saúde pública e a abordagem médica tradicional cartesiana, com foco nas doenças, geram retardo no diagnóstico e tratamento das doenças crônicas de maior prevalência, o que aumenta os custos em saúde e reduz a chance de cura e tratamento (GOTTEMS et al., 2009; VERAS, 2009).

Sabe-se que o padrão de atendimento hospitalocêntrico afeta diretamente na qualidade da assistência aos idosos. Mendes (2010) exemplificou as diferentes abordagens em modelos de saúde com os desfechos clínicos do diabetes em relação aos seus gastos: no Brasil, os gastos per capita anual são de US\$ 427,00 enquanto nos Estados Unidos são de US \$ 6.719,00. No entanto, o perfil epidemiológico da doença se assemelha em ambos países. Isso demonstra a importância da reorganização dos serviços de saúde em modelos crônicos baseado no conceito ampliado de saúde e nos atendimentos multidisciplinares, e não apenas no aumento dos investimentos financeiros voltados para a cura e tratamento.

Malta e Mehry (2010) sugerem alguns fundamentos necessários para a abordagem Integral de DCNT como: desenvolvimento sustentável, como o apoio às ações de prevenção e o controle de DCNT; colaboração do setor privado para a divulgação cultural de saúde como qualidade de vida e não ausência de doenças; integração da vigilância e monitoramento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS); melhor articulação entre os níveis de atenção e as redes de serviços; o incentivo à melhora da atenção primária; e intervenções intersetoriais orientadas por determinantes sociais e ambientais da saúde.

O uso do termo “determinantes sociais da saúde” é comum para se referir às condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais que determinam ou influenciam sua saúde (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2011).

A abordagem dos determinantes sociais em pesquisas do setor saúde é importante para uma correta análise das necessidades da população do ponto de

vista da intersectorialidade. A interpretação da realidade feita de forma unidimensional tem pouca capacidade de informar sobre as condições e características da população, além de restringir o significado de saúde à ausência de doença ou enfermidade.

2.3 O papel do Estado

Com o advento do paradigma do neoconstitucionalismo, a partir da promulgação da constituição de 1988, os princípios jurídicos, principalmente os relacionados aos direitos fundamentais, passaram a ter força normativa para o Estado (SARMENTO, 2009). Dessa forma, o direito à saúde passa a ser tratado como dever do Estado e não apenas um objetivo a ser buscado. Esse reconhecimento embasou a criação do SUS, como um sistema de saúde universal, integral e com abertura para a participação social (PAIM, 2011).

A partir do caráter obrigatório de compromisso Estatal e do processo de universalização da saúde emergiam problemas no setor até então imprevisíveis e heterogêneos, o que expôs a complexidade intrínseca da rede de políticas públicas de saúde no Brasil (FILHO; SARTI, 2012).

O Estado não consegue cumprir a garantia de acesso a toda população desprivilegiadas e se incube de formular políticas sociais de caráter coletivo, essenciais para a democracia. A população de alta renda além de usufruir o direito de acesso ao SUS universal, paga por serviços de saúde privados e tem acesso facilitado à justiça privada para suprir suas necessidades de saúde caso necessite (BORGES, 2002).

No caso da população idosa, existe um predomínio de demandas corporativas ou de alguns grupos específicos, o que leva à segmentação do direito à cidadania plena dos indivíduos no SUS e limita o poder do Estado em suas responsabilidades de saúde (MACHADO et al., 2007).

Além disso, o cuidado à pessoa idosa não pode ser considerado apenas responsabilidade do Estado, ou de alguns serviços de saúde. A participação da sociedade e da família é importante no processo de interação dos idosos. Com o avanço da conscientização comunitária sobre o papel social do idoso, o Estado teve

embasamento para a implementação da Política Nacional do Idoso (PNI) instituída pela Lei 8.842/94, que visa a melhoria das condições de vida e de cidadania da população idosa (MENDONÇA, 1999). A Lei n. 10.741 de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso é uma importante ferramenta para auxiliar o cumprimento da PNI.

A fim de alcançar esses objetivos, o governo criou o Plano Integrado de Ação Governamental, que incorporou novas ações em defesa da população idosa: reforma na rede da saúde e assistência social para atendimento integral ao idoso, e das leis e regulamentos; incentivo aos instrumentos que buscam inserir os idosos nas atividades comunitárias; apoio ao turismo e lazer; e reforma curricular dos profissionais de saúde, visando a capacitação para melhor atendimento aos idosos (FERNANDES; SANTOS, 2006).

Além disso, foram estabelecidas algumas prioridades para a saúde pública do idoso, por meio de metas e compromissos entre gestores do SUS, denominado Pacto pela Vida, que tem como diretrizes:

promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; **a implantação de serviços de atenção domiciliar**; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a, p. 8, grifo nosso).

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, reforça alguns princípios do Pacto pela Vida e da Política Nacional da Pessoa Idosa, em nível primário de atenção. Ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, além do diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, para os agravos de maior prevalência são efetivas com o uso de tecnologias de baixa densidade técnica e maior custo-efetividade (BRASIL, 2007).

O Guia prático do cuidador elenca outras legislações importantes referentes aos idosos: Legislação do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos

(Decreto nº 5.109/04) e a Lei de Acessibilidade (Lei nº 10.098/00; Decreto nº 5.296/04) (BRASIL, 2008).

No entanto, ainda existem alguns problemas na divulgação, cumprimento e financiamento destas políticas. E apesar do apoio legal assegurado aos idosos, as ações governamentais e das instituições ainda são insuficientes e isoladas. A efetiva implementação dessas políticas e sua integração na prática são uns dos desafios do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (MACHADO et al., 2007).

Logo, existe interesse nas atuais políticas de proteção à saúde do idoso, pela busca de ações em saúde que promovam valorização econômica e social dessa parcela da população.

O papel das políticas de saúde é buscar subsídios para a população no aumento da longevidade somado a boas condições de saúde. Entendendo esta de uma maneira mais abrangente, com intervenções em diferentes níveis nos serviços de saúde, no ambiente social e cultural, de acordo com a necessidade individual e também comunitária (BRASIL, 2010; OMS, 2005).

2.4 Indivíduo, família e profissionais de saúde

As famílias vem sofrendo transformações importantes em sua constituição e tamanho. O papel social das mulheres como cuidadoras vem sendo modificado para chefes de família que trabalham fora dos domicílios. Esse fato diminui a capacidade da família de cuidar dos idosos dependentes, e se torna um agravante com o aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos na sociedade, em um cenário de DCNT com demandas mais diferenciadas possíveis (CAMARANO et al., 2004; SCHMIDT et al., 2011).

Cerca de 70% dos idosos brasileiros são usuários do SUS (BRASIL, 2010b). E a saúde dos idosos no país tem melhorado (entre 1998 e 2003) em virtude do avanço tecnológico, e pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, mudanças nos estilos de vida, padrões socioeconômicos (VERAS, 2009).

Ademais, é necessário pensar em atribuir mais qualidade de vida aos anos acrescidos por meio da valorização da capacidade funcional, da autonomia, da participação e da satisfação (BRASIL, 2006b; VERAS, 2009). Entretanto, algumas

vezes a autonomia dos usuários é desconsiderada, retirando o poder de decisão sobre a vida e saúde dos mesmos em determinadas abordagens de saúde com o foco nas doenças e não nos indivíduos (MARTINS et al., 2009).

A maioria das doenças que acometem os idosos diminuem a capacidade funcional conforme a história natural da doença. Não é possível pensar em políticas de cuidado ao idoso sem levar em consideração o nível de capacidade funcional e o grau de fragilidade (VERAS, 2009).

A porcentagem de idosos considerados frágeis é de 10 a 25% (maiores de 65 anos) e 46% (maiores de 85 anos) (BRASIL, 2007). O que demonstra que idades avançadas estão associadas ao aumento da dependência entre idosos. Entretanto, o declínio funcional característico do processo de envelhecimento pode ocorrer sem fragilidade.

Apesar de não se ter uma definição clara do termo 'fragilidade', a portaria 2.528 de outubro de 2006 (aprova a PNI) considera que o idoso frágil é aquele que "vive em Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica" (p. 04). Existem ainda outros critérios que podem ser aplicados conforme a realidade local. Como por exemplo o critério etário, que considera frágil o idoso com 75 anos ou mais.

Esses critérios auxiliam na definição do melhor local para a abordagem de saúde do idoso (BRASIL, 2006b). Concomitante, a opinião do idoso deve ser levada em consideração. Os pacientes em fase terminal da doença costumam ter preferência de estarem em ambiente familiar para receberem os cuidados necessários (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

O papel da família é essencial para o desenvolvimento do cuidar, de forma individualizada, além da terapêutica. Tomando como base o significado da palavra cuidado, de acordo com o Guia Prático do Cuidador: "atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade", a ação de cuidar é "servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado" (BRASIL, 2008, p. 07).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) o cuidador é definido como o indivíduo que "cuida a partir dos objetivos estabelecidos por

instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (p. 08). Ele pode ser formal (aquele contratado, com formação profissional) ou informal (um familiar, um amigo, um vizinho que exerce essa função sem vínculo empregatício) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Entretanto, o que ocorre muitas vezes é que o significado do cuidar é atribuído somente às intervenções dos cuidadores formais e a família assume cuidados mais complexos do que tem a capacidade de exercitar. Muitos desses cuidados, cotidianos da prática de profissionais de enfermagem, como aplicações de injeção, curativos, instalação, sondas, entre outros. Isso pode gerar sentimentos de “raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez” (p. 09), além de uma duvidosa qualidade na prestação destes serviços, quando não se tem o devido preparo. Tal contexto pode acarretar sofrimentos adicionais aos idosos e seus familiares (BRASIL, 2008; FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

É importante a preocupação em se “cuidar de quem cuida”, a institucionalização da pessoa idosa ocorre pela falta de serviços de apoio não somente para os idosos, mas também para seus membros familiares (BRASIL, 2007).

Muitos cuidadores, além de possuírem idade avançada, são acometidos por agravos crônicos como a hipertensão arterial, diabetes melitus e doenças osteomusculares, a maioria deles são do sexo feminino, com uma crescente participação de homens; atuam grande parte do tempo como cuidadores e de forma exclusiva, pois muitos deixaram o trabalho; passam por dificuldades econômicas; a maioria cursou ensino básico ou é analfabeto. Apesar disso, alguns veem no cuidado uma forma de realização pessoal, uma obrigação moral, passavam por sentimentos de agradecimento ao paciente e apoio familiar (GONÇALVES et al., 2006; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2007).

Para 31 idosos com incapacidades funcionais residentes em São Paulo, o afeto da família foi valorizado na execução do cuidado, mas reconhecem as dificuldades dos cuidadores em seu ofício e a necessidade de busca diária pela autonomia. Acreditam também que é obrigação receberem cuidados nesse momento de fragilidade, visto que cuidaram de seus familiares sempre que puderam durante suas vidas. Além disso, relataram que sentiam-se confiantes e seguros com

os cuidadores, porém sentiam-se sozinhos quando o cuidador precisava se ausentar. Sabem reconhecer aqueles que sempre estão disponíveis para o cuidado. E apesar do grande valor familiar atribuído ao cuidado, os idosos reconhecem outras formas como possibilidades, como auxílio de um profissional (ROSSETTO; MAZZA, 2008).

Assim, além dos recursos dos profissionais de saúde, as fragilidades dos idosos e as dificuldades do processo de cuidar fazem com que as famílias precisem do auxílio de um cuidador familiar.

Lacerda (2010) defende que “há um grave erro em excluir cuidadores informais do cuidado domiciliar, o que representa uma visão política limitada das organizações de enfermagem” (p. 2623). Apesar do papel dos profissionais de saúde de educar e de informar os indivíduos e sua família, os familiares tem maior potencial para oferecer afeto e conforto emocional aos indivíduos dependentes de cuidados quando comparados aos profissionais. Inclusive, em países desenvolvidos, por volta de 90% da AD é realizada pelos cuidadores informais (HIRSCH-FIELD, 2002).

É necessária uma boa relação de vínculo da família com a equipe, a fim de transmitir segurança e conforto, encarando os cuidadores como aliados e participantes dos processos de tomada de decisão (FLORIANI; SCHRAMM, 2007). No entanto, os atuais mecanismos de apoio à família e cuidadores são insuficientes para atender a crescente demanda de cuidados no domicílio (GROSSI et al., 2009).

A estrutura para o cuidado ao idoso e seus familiares é muitas vezes restrita à rede de apoio social de instituições não-governamentais como: Pastoral da Pessoa Idosa; Pastoral da Criança; Associação de Bairro, entre outros. Além de empresas particulares que oferecem esse tipo de serviço domiciliar (BRASIL, 2008). Essas instituições podem ser consideradas um instrumento para a redução da sobrecarga do cuidador e maior eficiência no cuidado (BÚRIGO et al., 2010).

É importante a implantação de instituições de apoio aos cuidadores devem ser públicas e formais, como por exemplo: hospital-dia, ambulatórios de reabilitação, enfermagem domiciliar, auxílios técnico e financeiro para refeições ou adaptações arquitetônicas nos domicílios (BRASIL, 2008).

Desde o ano de 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva iniciativas públicas de cuidado ao idoso com bases interdisciplinares e intersetoriais, com ênfase na comunidade e nos contextos culturais. O reconhecimento das

diferenças individuais, como sexo, idade, grau de funcionalidade, grau de vínculo entre gerações familiares e o respeito às questões éticas do envelhecimento são importantes para a construção de políticas públicas de apoio ao idoso (OMS, 2005).

A equipe de saúde da atenção básica tem maior sensibilidade para realizar o cuidado domiciliar com relação ao idoso e ao processo de envelhecimento no ambiente familiar (PROTTI; PALHA, 2002).

Algumas atribuições dos profissionais de saúde na atenção básica à saúde do idoso são: a identificação do idoso frágil, o conhecimento do ambiente e dos valores dos idosos, a criação de vínculos com base na humanização da saúde e a prestação de serviço contínuo, integral e resolutivo (BRASIL, 2007).

As atividades do cuidador devem ser planejadas e discutidas com a equipe de profissionais, com os familiares e com os responsáveis diretos pelo cuidado. Elas devem ser delimitadas e sistematizadas conforme a necessidade do indivíduo e a disponibilidade do cuidador. As ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e autonomia do paciente e família são importantes para evitar hospitalizações e asilamentos desnecessários (BRASIL, 2008).

2.5 Assistência domiciliar

2.5.1 O modelo de assistência domiciliar

A atenção domiciliar é uma das estratégias propostas pelos profissionais de saúde em conjunto com o Estado com a finalidade de contribuir na reorientação do modelo de saúde vigente (KERBER et al., 2008a; PEREIRA et al., 2005).

Existem diversos termos na literatura para definir o cuidado no espaço domiciliar, basicamente classificados conforme o grau de complexidade. Neste trabalho foi considerada a classificação da portaria GM Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, que definiu os tipos de AD no âmbito do SUS em três modalidades: AD tipo 1, tipo 2 e tipo 3, de acordo com os órgãos responsáveis pelo cuidado e com a complexidade assistencial, técnica e de equipamentos.

A AD tipo 1 é destinada a pacientes que “possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e necessitem de cuidados de menor complexidade” (p.45). A responsabilidade pelos cuidados é das equipes de atenção primária apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

A modalidade AD tipo 2 poderá ser utilizada por usuários que “possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde” e “necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção” (p. 45).

Já a modalidade AD tipo 3 tem os mesmos critérios da modalidade 2, porém, acrescidos da necessidade do uso de alguns equipamentos ou procedimentos específicos que requerem maior complexidade tecnológica, tais como: oxigenoterapia, suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal e paracentese.

As modalidades 2 e 3 tem como critério de implantação que os municípios tenham mais de 40 mil habitantes com base nos dados do IBGE, possuir cobertura pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outro serviço móvel local, e possuir hospital de referência no município ou região que o integra.

Apesar dos três diferentes tipos de AD, o objetivo geral da atenção domiciliar é

a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b, p.44).

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são compostos por Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD) e/ou por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A composição mínima das EMAD é: um ou dois médicos e um ou dois enfermeiros (conforme a carga horária trabalho de 20 ou 40 horas semanais); um fisioterapeuta ou um assistente social (com carga horária mínima de trabalho de 30 horas semanais); e quatro auxiliares/técnicos de

enfermagem (com carga horária de trabalho de 40 horas semanais). Já a EMAP é constituída por três ou mais profissionais de saúde de nível superior, entre assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, e terapeutas ocupacionais, de acordo com a necessidade local (carga horária mínima de 30 horas semanais) (BRASIL, 2011b).

Os valores do incentivo financeiro para custeio dos SAD são repassados mensalmente fundo a fundo pelo MS. Para cada EMAD que prestar atendimento do tipo 2 e 3 foi instituído o valor de R\$ 34.560,00 e para cada EMAP o valor é de R\$ 6.000,00 (BRASIL, 2011b). Já é uma tendência que o governo priorize seus gastos em saúde nos programa de Saúde da Família e em AD, com finalidade de prevenção e promoção de saúde com o uso de tecnologias leves e leve-duras (SANTOS et al., 2011).

As causas mais comuns para o início de um AD são: incapacidades funcionais e mentais; polipatologias relacionadas ao envelhecimento; polifarmácia; redução da perspectiva de vida e da segurança (que leva à acidentes domésticos); e ambiente impróprio para o cotidiano do idoso.

A AD pode ser destinada para pacientes com problemas de saúde controlados, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até o serviço de saúde, com necessidade de cuidados de menor ou maior complexidade e frequência, com ou sem acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Os potenciais usuários da AD podem ser identificados basicamente de três formas no sistema de saúde, segundo Brasil (2007): “egressos de internação hospitalar ou domiciliar; por meio de visitas do agente comunitário de saúde; e por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros” (p.126).

No entanto, ainda é possível se observar alguns debates sobre os modos de se organizar esses serviços, como exemplificam Silva et al. (2010): a organização dever ser por patologia? Os serviços hospitalares trabalhariam na desospitalização? Devem ser utilizadas unidades de pronto atendimento pré-hospitalar? Ou ainda AD no tratamento e reabilitação pós-alta?

2.5.2 Avanços e desafios da assistência domiciliar

Apesar dos avanços legais, a estrutura para a AD de longo prazo ainda é escassa no SUS. Uma das causas é a desigualdade socioeconômica encontradas no país (PERROCA; EK, 2004; SILVA, 2004). Ainda é necessário o amadurecimento dos vínculos públicos da AD, a fim de ampliar acesso e o potencial de mudança do modelo de atenção à saúde dos idosos.

Existem ações estratégicas governamentais em saúde do idoso voltadas para a ampliação do atendimento domiciliar, como aquelas propostas pelo Pacto pela Vida, pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, e principalmente pela Política de Atenção Domiciliar no SUS por meio do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2006a; 2011b; 2012).

No entanto ainda são necessárias mais pesquisas para identificar quais as características dos usuários de SAD que potencializam a eficácia do serviço, e aqueles que poderiam melhor se beneficiar dele (SHEPPERD et al., 2008). Além disso, são escassos os estudos sobre a relação custo benefício, satisfação do usuário e família, eficácia, efetividade, vantagens e desvantagens dos SAD (KERBER et al., 2008b).

Nesta revisão de literatura foi possível identificar alguns dos fatores que contribuem para a valorização da AD no atendimento ao idoso, como a humanização da assistência junto à família, o sentimento de segurança, a desospitalização, e a possibilidade de transformação do modelo de saúde vigente, com a contextualização do processo familiar nos processos clínicos (BRASIL, 2007; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; KERBER et al., 2008b; LACERDA, 2010; MACHADO et al., 2011; SHEPPERD et al., 2008).

Outras vantagens do modelo de AD foram abordadas por alguns autores, dentre elas: a busca pela autonomia do indivíduo e família em um ambiente familiar, onde o processo de tomada de decisão é compartilhado com a equipe. Diferente do meio hospitalar, onde o paciente é tido como um receptor de cuidados planejados apenas pela equipe em um ambiente profissional (FLORIANI; SCHRAMM, 2004; LACERDA, 2010; SANTOS et al., 2011).

Além disso, foi percebida uma melhoria no nível de satisfação e na qualidade de vida dos usuários de serviços públicos e privados de AD. Além de uma

recuperação do paciente igual, ou melhor, quando comparada ao tratamento convencional em ambiente hospitalar em muitas patologias (ELLIS et al., 2010; HUGHES et al., 2000; MONTGOMERY et al., 2008; MORSCH; BORDIN, 2009; OMS, 2005; PEREIRA et al., 2005; SHEPPERD et al., 2009; THUMÉ et al., 2010). No entanto, é necessário ressaltar que a satisfação e aceitação desses cuidados formais podem estar associadas com os valores e preferências pessoais (MONTGOMERY et al., 2008).

Vale destacar a relação entre o bem estar dos cuidadores informais e os níveis de satisfação dos usuários em AD. Existem evidências que mecanismos de apoio formal aos cuidadores com base na educação e auxílio nos cuidados podem reduzir seus níveis de estresse psicológico, melhorar o conhecimento e a satisfação do paciente, além de reduzir sintomas de depressão nos cuidadores. Entretanto, não existe um consenso sobre quais os tipos de intervenções são mais eficazes (CANDY et al., 2011; SMITH et al., 2008).

A abordagem da AD na Atenção Primária à Saúde (APS) tem a iniciativa de resgatar valores familiares, culturais e sociais no atendimento ao idoso e seus cuidadores por meio de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2007; KERBER et al., 2008b; SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). No entanto, existem algumas dificuldades de implantação de um serviço de AD vinculado à atenção primária: o tempo dos profissionais de saúde para atenderem em domicílio e a necessidade de disponibilidade em tempo integral da equipe, o que muitas vezes não é possível em virtude dos escassos recursos humanos e estrutura de atendimento das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Já o hospital, apesar de ser socialmente considerado um local seguro e eficiente no diagnóstico e tratamento, quando não há indicação clínica de internação, a institucionalização asilar é uma alternativa comum para o cuidado ao idoso. No entanto, ainda é associada a abandono, confinamento e exclusão social, o que leva a família a escolher a AD como uma opção à institucionalização (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Apesar da associação negativa, o Estatuto do Idoso considera que as instituições de longa permanência que prestam serviço ao idoso também devem primar pelo estabelecimento de vínculos familiares e pela participação social do idoso e não apenas pelos procedimentos técnicos (BRASIL, 2003a).

Dessa forma, a AD tem o potencial de reflexão por parte dos trabalhadores sobre o processo saúde-doença e sobre o reconhecimento do domicílio como próprio ao cuidado (LACERDA, 2010). O que contribui para que as equipes tenham rearranjos em suas dinâmicas de trabalho a fim de construir um modelo de assistência pautado no respeito às práticas de todos os profissionais envolvidos, que passam a trabalhar em equipes multidisciplinares e coesas (SILVA et al., 2010).

Ainda no que se refere às equipes de AD, um fator importante é o processo de adoecimento dos profissionais envolvidos. O trabalho de Santos e Malagres (2007) no RJ, com 89 profissionais de saúde que trabalhavam em AD mostrou que 71% deles estavam estressados evidenciando sintomas físicos e psicológicos. As causas relatadas foram o trabalho em áreas de risco para violência urbana (98%), a não adesão às orientações por parte dos pacientes e seus cuidadores (80%) e as dificuldades de acesso (77%).

Também é comum, por exemplo, práticas de subcontratações de profissionais de nível técnico e superior para o setor privado, o que Cunha e Moraes (2007) chamam de “falsas cooperativas”. Dessa forma, os profissionais se tornam força de trabalho dependentes das demandas do mercado, sem estabilidade e com prejuízo aos direitos trabalhistas, uma ameaça à cidadania.

Outras dificuldades na implementação de SAD estão vinculadas à formação profissional hospitalocêntrica e à cultura institucional (KERBER et al., 2008b). Isso colabora com o processo de “hipermedicalização do domicílio” que pode ser compreendida como a transferência do cuidado para o meio familiar, com a manutenção dos processos de trabalho hospitalares mudando apenas o local da assistência (KERBER et al., 2008b; LACERDA, 2010; SCHRAMM; FLORIANI, 2004).

Silva et al. (2010) analisaram qualitativamente as práticas de AD ambulatoriais e hospitalares em Belo Horizonte, MG, entre 2005 e 2007 conforme a visão de gestores e equipes dos serviços. Os resultados apontaram que o serviço tinha como objetivo a redução de custos e a reordenação tecnoassistencial do cuidado, porém este último não foi observado, pois as práticas dos profissionais continuavam pautadas no modelo de atenção hospitalocêntrico, voltado para atividades médico-assistenciais.

Muitas vezes, o foco na redução de custos está pautado na transferência do cuidado hospitalar para o meio domiciliar o que gera custos adicionais aos

familiares que incluem: gastos com medicamentos, recursos materiais para consumo, energia elétrica, água, telefone e alimentação. Esses gastos significam importante redução de custos para os provedores do serviço (FRANCO; MERHY, 2008). Por isso a transferência de responsabilidades de cuidado à saúde do governo para os cuidadores informais deve ser melhor estudada e efetivada com cautela (PERROCA; EK, 2004).

Além disso, outro desafio da AD é a tendência dos serviços hospitalares reduzirem o tempo de internação e otimizarem a admissão em cuidados domiciliares de maneira cada vez mais rápida e em piores condições de saúde com a finalidade de redução de custos (CUNHA; MORAIS, 2007; FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Alguns estudos buscaram comparar a efetividade e o custo do tratamento de pacientes em AD e atenção hospitalar. Como resultados, obtiveram uma redução nas readmissões não planejadas e mortes nos usuários em cuidados domiciliares em comparação com os hospitalares, o que reduziu os custos gerais (PEREIRA et al., 2005; SANTOS et al., 2011).

Entretanto, outros estudos apresentaram que não houve diferença na mortalidade, nas condições de saúde ou na redução de custos (HUGHES et al., 2000; SHEPPERD et al., 2009).

Os SAD têm o potencial para reduzir custos, visto que usa os recursos de forma mais adequada e racional (PEREIRA et al., 2005). Esse potencial pode ser acentuado nos serviços privados e suplementar, por serem regidos pela padronização de procedimentos e técnicas (FRANCO; MERHY, 2008).

2.5.3 Assistência domiciliar e condições ambientais

A formulação e aplicação da política pública de AD são desafios para os profissionais da saúde, pois abrangem aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários (STELMAKE; NOGUEIRA, 2010). Todos esses aspectos podem influenciar no acesso dos indivíduos aos SAD no sistema público de saúde.

Um dos fatores que dificultam o acesso da população de baixa renda aos SAD são as precárias condições sócio-sanitárias da população brasileira. A infraestrutura de serviços de saneamento básico relaciona-se com o bem-estar e

saúde dos moradores. Além de ser um dos critérios básicos para a implantação dos SAD conforme a RDC/ANVISA nº 11 de janeiro de 2006.

Seguindo os critérios da RDC Nº11, de janeiro de 2006 os Programas de Assistência Domiciliar (PAD) devem levar em consideração os requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente. Para as condições mínimas domiciliares para realização do cuidado no domicílio de maior complexidade, encontram-se: o abastecimento de água; energia elétrica e meio de comunicação acessível. Além disso, os SAD devem

elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos; garantir a implantação das normas e rotinas de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, sob supervisão do responsável pelo PCPIEA; e elaborar e implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, conforme RDC/ANVISA nº. 306, de 2004 (ANVISA, 2006, p.3).

Dessa forma, a presença de um serviço de limpeza para coleta de lixo, assim como de uma rede geral de esgoto é essencial para o controle de infecções e eventos adversos, como também auxilia o processo de higiene e limpeza tanto de artigos utilizados em SAD, como nos resíduos destes serviços.

Apesar da melhoria na infraestrutura de saneamento básico no Brasil desde o censo 2000, esta não foi suficiente para diminuir as desigualdades regionais e entre as populações rurais e urbanas. A porcentagem de abastecimento de água no Brasil foi de 82,9 em 2010. Sendo: sudeste (90,3%), sul (85,5%), norte (54,5%) e nordeste (76,6%). O esgotamento sanitário apresentou índices menos satisfatórios: Brasil (67,1%), sudeste (86,5%), sul (71,5%), centro-oeste (51,5%), nordeste (45,2%) e norte (32,8%). Com relação a coleta de lixo, o Brasil alcançou 87,4% de cobertura deste serviço, enquanto nas regiões foram: sudeste (95%), sul (91,6%), centro-oeste (89,7%), nordeste (75%) e norte (74,3%). A abrangência do serviço de energia elétrica no Brasil foi de 97,8% e nas regiões sudeste (99%), sul (99,3%), centro-oeste (98,5%), nordeste (96,9%) e norte (89,2%) alcançaram essas porcentagem (IBGE, 2011).

No Caderno de Assistência Domiciliar do MS de 2012 está previsto que o planejamento em AD deve considerar os aspectos clínicos, sócio-econômicos e ambientais. Dentre os aspectos ambientais foram consideradas as condições de

moradia, relação morador/cômodo, saneamento básico, segurança dos profissionais da equipe e acessibilidade ao domicílio.

Muitos destes aspectos não são totalmente conhecidos em cada região, dessa forma Hodgkinson et al. (2011) alertam que ainda são escassos os amplos estudos sobre os programas de AD, por isso eles devem ser considerados com cautela, quanto sua eficácia e efetividade para os usuários, as famílias e a equipe.

Para tal, é essencial um olhar crítico sobre os principais objetivos da AD, “ponderando seus aspectos positivos e negativos do ponto de vista da efetiva proteção dos usuários” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p.992). Além da análise mais aprofundada das necessidades e das limitações da população em seus contextos de vida para o uso de SAD.

Ainda são desafios para a potencialização desses serviços como alternativa dos atuais modelos de atenção: a sustentabilidade econômica, política, legislativa, social, conceitual, cultural, científica, laboral e operacional da AD (KERBER et al., 2008b; SILVA et al., 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o acesso da população idosa aos serviços de assistência domiciliar no setor público com base nas condições de saneamento e moradia.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as condições de moradia e saneamento básico da população idosa de Juiz de Fora (MG);
- Classificar os domicílios como adequados ou não adequados, de acordo com as exigências legais para o SAD;
- Associar a cobertura municipal por serviços de saúde públicos ou filantrópicos às condições domiciliares para AD;
- Propor uma delimitação para as áreas de abrangência de EMAD em Juiz de Fora.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo seccional com abordagem descritiva do perfil socioeconômico e demográfico dos idosos e das condições domiciliares e sanitárias no município, e analítica da associação entre essas variáveis e a adequação domiciliar para AD (MEDRONHO et al., 2008).

4.2 Cenário da pesquisa

A cidade de Juiz de Fora alcançou 516.247 mil habitantes no ano de 2010, de acordo com a amostra do censo daquele ano. Conta com 3 hospitais gerais públicos (1 municipal, 1 estadual e 1 federal), 1 hospital geral filantrópico, 1 hospital de câncer filantrópico de referência e possui cobertura de SAMU, o que coloca a cidade dentro dos padrões exigidos legalmente para implantação de um PAD público.

Levando-se em consideração as variáveis sociais dos microdados do Censo de 2010 sobre o perfil socioeconômico e demográfico de idosos na cidade de Juiz de Fora, encontramos as seguintes informações (Tabela 01): o número de idosos no município alcançou 70.065, o que representa 13,6% de toda a população, sendo que 40,8% deles são do sexo masculino e 59,2% do sexo feminino. A maioria deles é da cor branca (66,2%), seguida da cor parda (21,9%), negra (11,2%), amarela (0,5%) e indígena (0,2%).

Tabela 01 - Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos em Juiz de Fora.

| | N | % |
|--|--------------|------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 28560 | 40,8 |
| Feminino | 41505 | 59,2 |
| Cor | | |
| Branca | 46371 | 66,2 |
| Negra | 7830 | 11,2 |
| Amarela | 349 | 0,5 |
| Parda | 15351 | 21,9 |
| Indígena | 165 | 0,2 |
| Idade | | |
| 60-69 | 38163 | 54,5 |
| 70-79 | 21239 | 30,3 |
| 80-89 | 9300 | 13,3 |
| 90-100 | 1348 | 1,9 |
| >100 | 15 | 0 |
| Fragilidade por incapacidade funcional básica | | |
| Com fragilidade | 3473 | 5 |
| Sem fragilidade | 66592 | 95 |
| Idade avançada >74 anos | | |
| Sim | 19158 | 27,3 |
| Não | 50908 | 72,7 |
| Nível de instrução | | |
| Sem instrução ou ensino fundamental incompleto | 42083 | 60,1 |
| Ensino fundamental completo e médio incompleto | 7885 | 11,3 |
| Ensino Médio completo e ensino superior incompleto | 12157 | 17,4 |
| Ensino superior completo | 7940 | 11,3 |
| Vive com Cônjuge | | |
| Sim | 36954 | 52,7 |
| Não, mas já viveu | 27257 | 38,9 |
| Não, nunca viveu | 5854 | 8,4 |
| Trabalha | | |
| Sim | 13493 | 19,3 |
| Não | 56573 | 80,7 |
| Aposentado | | |
| Sim | 54947 | 78,4 |
| Não | 14984 | 21,4 |
| Renda total em salários mínimos | | |
| Sem renda | 875 | 6,5 |
| Até ¼ do salário | 214 | 1,6 |
| De ¼ até ½ salário | 716 | 5,3 |
| De ½ até 1 salário | 2895 | 21,6 |
| De 1 até 2 salários | 3421 | 25,5 |
| De 2 até 3 salários | 1468 | 10,9 |
| De 3 até 5 salários | 1273 | 9,5 |
| Mais de 5 salários | 2558 | 19,1 |
| Total de idosos | 70065 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE. Censo demográfico de 2010.

A maior parte deles estava com idade entre 60 e 69 anos (54,5%), enquanto 30,3% estavam na faixa entre 70-79, 13,3% entre 80-89 e cerca de 1,9% maiores de 90 anos. E 52,7% viviam com o cônjuge. A presença de fragilidade por incapacidade funcional básica representou 5% do total, enquanto a fragilidade por

idade avançada (>74 anos) representou 27,3%. A maioria dos idosos (60,1%) não tinham instrução ou não concluíram o ensino fundamental. Do total, 19,3% dos idosos trabalhavam, 78,4% estavam aposentados e 35% dos idosos recebiam até um salário mínimo.

4.3 Fonte de dados

Foi realizada uma análise dos microdados do censo demográfico de 2010 buscando-se estabelecer associações entre as variáveis colhidas e a análise do modelo de AD nos diferentes parâmetros encontrados.

O censo demográfico brasileiro é um inquérito domiciliar com o objetivo de conhecer as características sócio-econômicas e demográficas da população para o planejamento de ações públicas e privadas futuras. É realizado em cada dez anos em todo o território nacional.

No ano de 2010, teve sua coleta de dados iniciada em 1º de agosto e incluiu 5.565 municípios; aproximadamente 58 milhões de domicílios; e 314.018 setores censitários. Foram visitados todos os domicílios do país, e escolhido um morador capaz de fornecer as respostas às perguntas do questionário por todos os demais moradores do domicílio. A entrevista é estruturada e as questões listadas do questionário eram preenchidas em um computador de mão.

Foram identificados dois questionários utilizados na pesquisa de campo: o questionário do universo (simplificado, aplicado em toda a população) e o questionário da amostra (aplicado em parte dos domicílios ocupados, em número representativo da população total). Nesta pesquisa, será utilizado o questionário da amostra do censo – 2010 (Anexo 1) por conter informações mais amplas e completas dos indivíduos e domicílios pesquisados.

Os microdados utilizados foram baixados no mês de outubro de 2012, no site do IBGE (www.ibge.org.br), onde são disponibilizados na íntegra para *download* em formato de documento de texto. Foram construídas as sintaxes por estado para posterior leitura do programa estatístico.

Além disso, foram utilizados os dados sobre a cobertura de serviços de atenção primária e terciária à saúde no território do município que foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.4 Amostra

O censo de 2010 tem o processo de amostragem estratificado por áreas de ponderação e setores censitários. Estes são considerados a menor unidade territorial de análise espacial e respeita os limites da divisão política e administrativa local. O conjunto dos setores formam as áreas de ponderação. Cada área é composta por no mínimo 400 domicílios. Em Juiz de Fora o território do município foi dividido em 14 áreas de ponderação respeitando os limites dos setores censitários. Dessa forma foram definidas as frações amostrais que representam 5% do total da população, considerando que a cidade atingiu mais que 500 mil habitantes de acordo com a classificação da tabela 02.

Tabela 02 Fração amostral dos domicílios e número de municípios, segundo as classes de tamanho da população dos municípios

| Classes de tamanho da população dos municípios (habitantes) | Fração amostral dos domicílios (%) | Número de municípios |
|---|------------------------------------|----------------------|
| Total | 11 | (1) 5 565 |
| Até 2500 | 50 | 260 |
| Mais de 2 500 a 8 000 | 33 | 1912 |
| Mais de 8 000 a 20 000 | 20 | 1749 |
| Mais de 20 000 a 500 000 | 10 | 1604 |
| Mais de 500 000 | 5 | 40 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais e Coordenação de Métodos e Qualidade

Nota: Cálculo com base nas estimativas de população residente para 1º de julho de 2009.

(1) Inclui o Distrito Estadual de Fernando de Noronha e o Distrito Federal

Em Juiz de Fora foi aplicada frações amostrais diferentes em cada uma de suas 14 áreas de ponderação, de forma a permitir a divulgação de estimativas e de microdados nesses níveis geográficos. Houve a necessidade de aumento da

fração amostral, nas subdivisões que contemplavam áreas rurais e urbanas (1, 10 e 14), conforme a tabela 03.

Tabela 03 - Fração da amostra no município e nas áreas de ponderação.

| Área | Domicílios da amostra | Domicílios do universo | Fração efetiva |
|--------------|-----------------------|------------------------|----------------|
| Juiz de Fora | 8818 | 172974 | 5,10 |
| Área 1 | 921 | 15676 | 5,88 |
| Área 2 | 537 | 11109 | 4,83 |
| Área 3 | 570 | 11454 | 4,98 |
| Área 4 | 803 | 16891 | 4,75 |
| Área 5 | 434 | 9210 | 4,71 |
| Área 6 | 539 | 11276 | 4,78 |
| Área 7 | 776 | 16586 | 4,68 |
| Área 8 | 521 | 10974 | 4,75 |
| Área 9 | 413 | 8814 | 4,69 |
| Área 10 | 834 | 14852 | 5,62 |
| Área 11 | 465 | 9715 | 4,79 |
| Área 12 | 453 | 9444 | 4,80 |
| Área 13 | 672 | 14345 | 4,68 |
| Área 14 | 880 | 12628 | 6,97 |

Fonte: IBGE. Documento de composição das áreas de abrangência do censo demográfico de 2010.

Foi realizada uma listagem com os domicílios durante a operação de coleta. Para a fração de 5%, foram selecionados 2 a cada 40 domicílios para aplicação dos questionários da amostra. Dentro do domicílio, todos os moradores eram entrevistados. A seleção sistemática dos domicílios é independente em cada setor censitário e a probabilidade de seleção é a mesma em cada estrato. Não fizeram parte da análise os domicílios localizados em setores censitários de Terras Indígenas e os domicílios com mais de 10 moradores.

Dessa forma, para o cálculo da amostra foram consideradas: uma proporção populacional de 5%, uma precisão relativa máxima fixada de 40%, a população total de cerca de 516.247, e considerando um nível de confiança estabelecido em 95%.

Os dados passaram pelo processo de crítica eletrônica a fim de eliminar inconsistências nas informações e não respostas. Esse processo foi feito por meio da expansão da amostra por imputação dos dados, o que permitiu a seleção aleatória de domicílios em condições semelhantes de estratificação para substituir a

não resposta. Esse processo ocorreu da mesma maneira para a imputação de dados em variáveis e moradores.

Para que os domicílios selecionados na amostra sejam representativos da população geral, foram calculados os pesos (ou fatores de expansão) que foram associados a cada domicílio e morador pesquisado.

O cálculo dos pesos é feito por um processo automático de calibração que ajusta os pesos iniciais a fim de que os dados da amostra revelem os resultados semelhantes aos da população total. Para tal, ele é baseado no tamanho da amostra, do universo e no método dos Mínimos Quadrados Generalizados – (MQG), que impõe o limite mínimo (um) e máximo (cinco) para que não gerasse valores muito diferentes da população original.

Um conjunto de variáveis auxiliares do questionário básico, as quais seus valores são conhecidos no universo, são os parâmetros utilizados para se medir a adequação dos pesos. Assim, o peso final é ajustado para todos os domicílios da amostra e seus respectivos moradores.

4.5 Variáveis

Foram utilizados três bancos de dados: o de domicílios, o de pessoas e o de cobertura de serviços de APS no território. As unidades de observação em cada banco de dados foram: os domicílios (particulares permanentes), os idosos (indivíduo com idade igual ou maior de 60 anos) e os setores censitários (regiões compostas por cerca de 200 domicílios em área urbana e um número menor em áreas rurais).

Os bancos de dados de pessoas e domicílios possuem as variáveis ‘controle’ (número dado aos domicílios pesquisados) e ‘área de ponderação’ em comum, o que possibilita a análise e conexão entre as variáveis internas nos dois bancos, e o banco de cobertura por APS se correlaciona com os demais apenas pela variável de área de ponderação.

As variáveis utilizadas na análise foram divididas em primárias (aquelas que tem relação direta com a viabilidade legal para um serviço de AD), secundária

(aquela com relação a cobertura de serviços de atenção primária à saúde) e terciárias (não tem relação legal com a viabilidade para um serviço de AD, são as variáveis socioeconômicas e demográficas). Sendo que as variáveis primárias advêm do banco de dados de domicílios, a variável secundária do banco de dados de cobertura por APS e as variáveis terciárias tem origem do banco de dados de pessoas.

Foram consideradas como variáveis primárias aquelas que envolvem as “características dos domicílios” e a localização do domicílio (deve estar em municípios com mais de 100 mil habitantes). São elas: presença de rede de esgoto; abastecimento de água encanada; destino do lixo; energia elétrica, meio de comunicação, e localização do domicílio por município. A presença destes critérios são considerados essenciais para a implantação dos tipos de atenção domiciliar 2 e 3 de acordo com a Portaria nº 2.527 de outubro de 2011 e com a RDC/ANVISA nº 11 de janeiro de 2006.

Além disso, outros critérios foram utilizados para definir cada uma das variáveis primárias conforme a mesma legislação. Foram considerados aptos para o serviço domiciliar aqueles domicílios que:

- eram abastecidos por uma rede geral de distribuição de água e ainda tinham água encanada em pelo menos um cômodo;
- estavam cadastrados em uma companhia distribuidora de energia elétrica;
- tinham como meios de comunicação acessíveis o telefone celular e ou telefone fixo;
- o destino do lixo era de responsabilidade de um serviço de limpeza (seja por coleta de lixo diária ou depositado em caçamba);
- possuíam rede geral de esgoto ou pluvial.

As variáveis primárias serão consideradas em conjunto, formando uma só variável principal nominal dicotômica, referente à presença de condição mínima sanitária domiciliar prevista em lei para os SAD, com as opções: domicílio adequado (presença de todos os critérios no domicílio) ou domicílio não adequado (ausência de um ou mais desses critérios).

A variável secundária foi representada por quatro categorias de acordo com o tipo de cobertura em APS: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa

de Agentes Comunitários (PAC), unidade básica Tradicional, ou descobertos por APS.

As variáveis terciárias serão associadas com a principal a fim de melhorar a qualidade da informação de acordo com a revisão de literatura e foram selecionadas de acordo com a relevância para a discussão do tema. O objetivo dessas variáveis é correlacionar as informações do domicílio com as características do indivíduo e da família, são elas: número e proporção de idosos no município, sexo, cor, idade, idade avançada, fragilidade por incapacidade funcional básica, nível de instrução, vivia com o cônjuge, trabalhava, estava aposentado, renda total (foi considerado o salário mínimo de R\$510,00 – valor que vigorava no mês de julho de 2010) e região administrativa em que morava.

As quatorze regiões administrativas (ou áreas de ponderação) delimitadas pelo censo de 2010 são divididas em setores censitários. De acordo com a publicação do IBGE (2010), o conjunto desses setores censitários compõe os bairros que integram cada uma das regiões administrativas conforme o quadro (01) a seguir.

Quadro 01-Composição das regiões administrativas.

| | |
|----|--|
| 1 | Remonta, Benfica, Barreira do Triunfo, Represa, Santa Cruz, Rosário de Minas, e Juiz de Fora demais setores. |
| 2 | Barbosa Lage, Joquei Clube, Jardim Natal, Nova Era, e Juiz de Fora demais setores. |
| 3 | Fábrica, Francisco Bernadino, Cerâmica, Carlos Chagas, Esplanada, Monte Castelo, Industrial, São Dimas, e Juiz de Fora demais setores. |
| 4 | Santa Terezinha, Centenário, Eldorado, Jardim Bom Clima, Granjas Betânia, Bandeirantes, Grama, e Juiz de Fora demais setores. |
| 5 | Jardim Paineiras, Jardim Santa Helena, Jardim Glória, Santa Catarina, Vale do Ipê, Morro da Glória, e Mariano Procópio. |
| 6 | Granbery e Centro. |
| 7 | Bom Pastor, Boa Vista, Alto dos Passos, Mundo Novo, Santa Cecília, São Matheus, e Dom Bosco. |
| 8 | Graminha, Ipiranga, Santa Luzia, e Bomba de Fogo. |
| 9 | Cascatinha, Teixeiras, São Geraldo, Sagrado Coração de Jesus, Santa Efigênia, e Juiz de Fora demais setores. |
| 10 | Poço Rico, Vila Ozanan, Furtado de Menezes, Nossa Senhora de Lourdes, Santo Antônio do Paraibuna, Vila Ideal, Vila Olavo Costa, Barão do Retiro, Floresta, Sarandira, e Juiz de Fora demais setores. |
| 11 | Vitorino Braga, Linhares, Grajaú, e Megglionário. |
| 12 | Botanágua, Costa Carvalho, São Bernardo, Cesário Alvim, e São Benedito. |
| 13 | Manoel Honório, Bairu, Santa Rita de Cássia, Bonfim, Progresso, e Juiz de Fora demais setores. |

| | |
|----|---|
| 14 | Martelos, São Pedro, Borboleta, Morro do Imperador, Novo Horizonte, Nova Califórnia, Cruzeiro de Santo Antônio, Aeroporto, Salvaterra, Torreões, e Juiz de Fora demais setores. |
|----|---|

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

As quatorze regiões foram classificadas em: as sete piores condições domiciliares (1, 4, 8, 10, 11, 13 e 14) e as sete melhores condições domiciliares (2, 3, 5, 6, 7, 9 e 12) com base nos resultados do cruzamento das variáveis: região e condição do domicílio (adequado e inadequado).

Além disso, de acordo com o critério da portaria 1.533 de julho de 2012 de população adscrita para EMAD, o município de Juiz de Fora tem direito a implantação de cinco equipes (uma equipe para cada 100 mil habitantes). As quatorze regiões foram divididas em cinco grandes áreas de acordo com os critérios de proximidade territorial e número de habitantes para compor as áreas de abrangência para supostas EMAD.

4.6 Análise dos dados

Foi realizada uma análise bivariada entre a variável condição domiciliar e as demais variáveis individuais e de cobertura por serviços de saúde. Foram calculadas as medidas de frequência absoluta e relativa de todas as variáveis, a proporção de idosos por domicílios inadequados e adequados.

Algumas associações com relação espacial foram representadas por meio de geoprocessamento e foram representadas por mapas: cobertura de serviços de atenção primária por região, proporção de domicílios adequados e não adequados por região e cobertura por serviços de abastecimento de água, energia elétrica, telefone, rede de esgoto e coleta de lixo por região. O programa utilizado para a construção dos mapas foi o *Quantum Gis* versão 1.8.0.

Foram consideradas para todas as análises, as variáveis de peso, código do município de Juiz de Fora e idade de 60 anos ou mais para a seleção da população alvo. Foram incluídos os domicílios classificados pelo IBGE (2010) como: “casa; casa de vila ou de condomínio; apartamento; e habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco” (p. 3) e excluídos todos os domicílios

classificados como: “dentro de estabelecimento; Asilo, orfanato e similares com morador; e outro com morador” (p. 3).

A partir da sugestão das áreas de abrangência para EMAD no município, foram realizadas as associações dessas 5 áreas com as variáveis primárias: água encanada, coleta de lixo, destino do esgoto, energia elétrica, telefone; com a variável principal: condição domiciliar; com a variável secundária: cobertura de atenção primária; e com as variáveis terciárias: sexo, raça/cor, idade avançada, nível de instrução e renda total.

O tratamento estatístico dos dados quantitativos foi realizado com o emprego do programa SPSS, versão 15. Foram empregadas técnicas descritivas e exploratórias de dados controladas por possíveis fatores de confusão, visando alcançar os objetivos da pesquisa.

Este estudo obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer (Anexo 2) número: 189.017.

5 RESULTADOS

5.1 Condições domiciliares – variáveis primárias

Foram levadas em consideração as variáveis que representavam as condições de saneamento e moradia dos domicílios com idosos em Juiz de Fora, conforme os critérios legais de elegibilidade para AD. No entanto, os aspectos físicos das áreas como a possibilidade de acesso de veículos até a porta dos domicílios, as condições das calçadas e ruas e a disponibilidade de transporte público, e alguns dos aspectos individuais não foram considerados na análise.

Os domicílios que recebiam a água por meio da rede geral de distribuição somavam 94,1% e aqueles que possuíam água encanada em pelo menos um cômodo era de 98,8%. Os meios de comunicação acessíveis (telefone fixo e/ou celular) estavam presentes em 92,6% dos domicílios. A presença de energia elétrica foi encontrada em 99,8% dos domicílios. O destino do lixo com coleta sob responsabilidade de um serviço de limpeza representou 98,9%. A cobertura por rede geral de esgoto ou pluvial representou 93% de todo o quantitativo de locais onde é jogado o esgoto.

Com a associação dos resultados das variável de condição domiciliar dos idosos de Juiz de Fora, foram encontrados: 44.417 domicílios adequados para SAD (84,9%) e 7.892 domicílios não adequados (15,1%) em um total de 52.309 domicílios (Tabela 04). O número de idosos por domicílio em condições de moradia inadequadas é 2,3% maior do que em condições adequadas (Tabela 05).

Tabela 04 - Prevalência de adequação domiciliar por variável analisada e geral.

| Variável | Adequado | | Inadequado | |
|----------------------------|----------|------|------------|------|
| | N | % | N | % |
| Energia elétrica | 52212 | 99,8 | 97 | 0,2 |
| Rede de Esgoto | 48625 | 93 | 3685 | 7 |
| Coleta de Lixo | 51727 | 98,9 | 582 | 1,1 |
| Telefone celular e/ou fixo | 48427 | 92,6 | 3882 | 7,4 |
| Água encanada | 49127 | 93,9 | 3182 | 6,1 |
| Condição do domicílio | 44417 | 84,9 | 7892 | 15,1 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Tabela 05 – Número de idosos por domicílios adequados e inadequados.

| | Nº de idosos | Nº de domicílios | Idosos por domicílio |
|------------|--------------|------------------|----------------------|
| Adequado | 59339 | 44417 | 1,34 |
| Inadequado | 10726 | 7892 | 1,36 |
| Total | 70065 | 52309 | 1,34 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Dentre as principais causas de inadequação estão a ausência de meio de comunicação acessível no domicílio (49,2%), seguida pela rede de esgoto (46,7%) e de água encanada (40,3%).

Tabela 06 – Distribuição das causas de inadequação entre os domicílios inadequados.

| Variável | Adequado | | Inadequado | |
|---------------------------------------|----------|------|------------|------|
| | N | % | N | % |
| Energia elétrica | 7795 | 98,8 | 97 | 1,2 |
| Rede de Esgoto | 4207 | 53,3 | 3685 | 46,7 |
| Coleta de Lixo | 7310 | 92,6 | 582 | 7,4 |
| Telefone celular e/ou fixo | 4010 | 50,8 | 3882 | 49,2 |
| Água encanada em pelo menos um cômodo | 4710 | 59,7 | 3182 | 40,3 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Pressupondo que as políticas de saúde devem criar meios de eliminar barreiras financeiras na utilização de serviços saúde por parte dos usuários (ASSIS; JESUS, 2012), este estudo considerou a possibilidade da retirada da variável ‘telefone’ da análise, com a intenção de verificar o efeito da inclusão deste aparelho nos equipamentos básicos que são emprestados à família durante o período necessário para o cuidado domiciliar.

Diante disso, caso os SAD disponibilizassem um aparelho celular provisório por ser considerado um dos equipamentos de uso essencial para o manejo da equipe, a inadequação domiciliar teria uma redução de 5% (melhora de quase um terço dos domicílios inadequados para AD). Este resultado foi mais

acentuado nas regiões urbanas com uma queda de 5,1%, ao passo que na região rural a redução de domicílios inadequados foi de apenas de 1,2% (Tabelas 07 e 08).

Isso significa que as principais causas de inadequação domiciliar na região rural estão mais ligadas à falta de água encanada e esgoto do que à falta de telefonia. Padrão diferenciado na região urbana, que por ter coberturas mais elevadas dos serviços de água e esgotamento, a ausência de telefone no domicílio passa a ter maior importância proporcional do que na zona rural.

Nessas circunstâncias, pode-se supor que o acesso à estes serviços tem o potencial de modificar fatores de vulnerabilidade dos indivíduos, como é o caso do acesso à meios de comunicação. No entanto, esta relação não pode ser generalizada, pois os custos adicionais à família em AD são muito maiores do que os referentes aos equipamentos e necessitam de estudos mais aprofundados para realidade brasileira, principalmente em famílias com condições socioeconômicas precárias.

Tabela 07 - Condição do domicílio em regiões urbanas e rurais sem a variável de telefone.

| Zona/Região | Condição do domicílio | | | | | |
|-------------|-----------------------|------|------------|------|-------|-----|
| | Adequado | | Inadequado | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Urbano | 47025 | 91 | 4645 | 9 | 51670 | 100 |
| Rural | 22 | 3,4 | 617 | 96,6 | 639 | 100 |
| Total | 47047 | 89,9 | 5262 | 10,1 | 52309 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

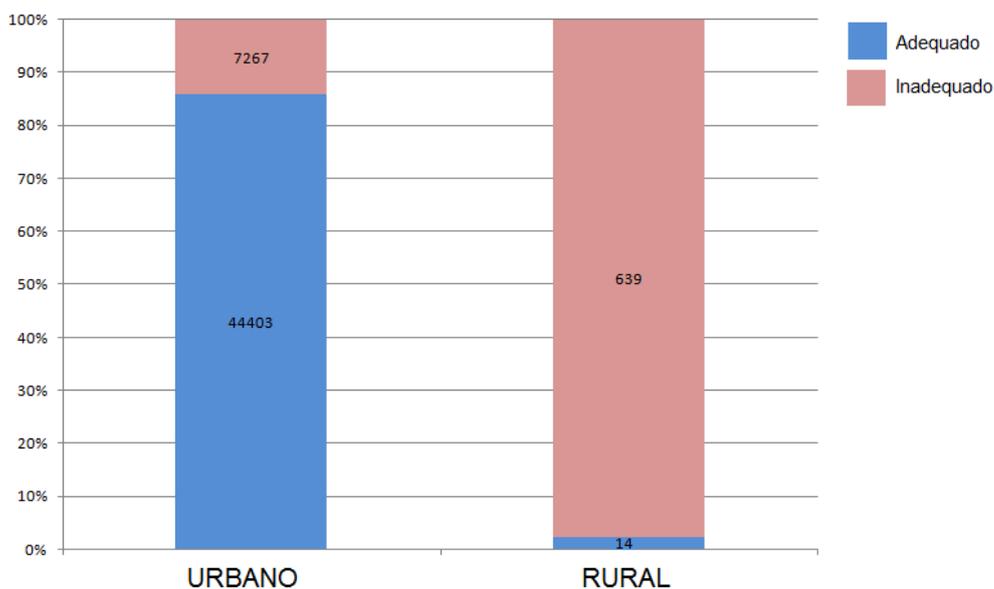
Tabela 08 - Condição do domicílio em regiões urbanas e rurais com a variável de telefone.

| Zona/Região | Condição do domicílio | | | | | |
|-------------|-----------------------|------|------------|------|-------|-----|
| | Adequado | | Inadequado | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Urbano | 44403 | 85,9 | 7267 | 14,1 | 51670 | 100 |
| Rural | 14 | 2,2 | 625 | 97,8 | 639 | 100 |
| Total | 44417 | 84,9 | 7892 | 15,1 | 52309 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Apesar da proporção de domicílios inadequados ser muito maior na região rural (97,8%), em números absolutos, a maioria de domicílios inadequados está situada em áreas urbanas (7.267 domicílios em um total de 7.892) (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Proporção de domicílios em região urbana e rural por adequação para AD.



Do ponto de vista da gestão pública, as ações de AD implementadas nas áreas rurais teriam menor impacto nos indicadores municipais. No entanto, do ponto de vista do processo de justiça social essa população não seria contemplada com os serviços, o que fere o princípio da universalidade do acesso no SUS.

No que diz respeito à distribuição dos resultados das condições domiciliares por regiões, pode-se observar diferenças acentuadas que vão desde 0,4% à 46,3% de inadequação domiciliar (Tabela 09).

Tabela 09 - Condição do domicílio por região.

| Região | Condição do domicílio | | | | | |
|--------|-----------------------|------|------------|------|-------|-----|
| | Adequado | | Inadequado | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 2535 | 62,8 | 1500 | 37,2 | 4035 | 100 |
| 2 | 2640 | 90,2 | 288 | 9,8 | 2928 | 100 |
| 3 | 2939 | 88,3 | 388 | 11,7 | 3327 | 100 |
| 4 | 3718 | 81,2 | 863 | 18,8 | 4581 | 100 |
| 5 | 3195 | 98,3 | 55 | 1,7 | 3250 | 100 |
| 6 | 4700 | 99,6 | 19 | 0,4 | 4719 | 100 |
| 7 | 5897 | 98,9 | 66 | 1,1 | 5963 | 100 |
| 8 | 2989 | 87,4 | 431 | 12,6 | 3420 | 100 |
| 9 | 2006 | 94,2 | 123 | 5,8 | 2129 | 100 |
| 10 | 2866 | 69,1 | 1279 | 30,9 | 4145 | 100 |
| 11 | 2417 | 86,9 | 365 | 13,1 | 2782 | 100 |
| 12 | 2776 | 89,8 | 314 | 10,2 | 3090 | 100 |
| 13 | 3891 | 86,5 | 605 | 13,5 | 4496 | 100 |
| 14 | 1849 | 53,7 | 1595 | 46,3 | 3444 | 100 |
| Total | 44418 | 84,9 | 7891 | 15,1 | 52309 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Além disso, as regiões com condição domiciliar adequada estão localizadas em regiões centrais, enquanto as regiões periféricas apresentam coberturas por serviços de saneamento básico inferiores. As piores condições estão localizadas em regiões de periferia: 1, 4, 8, 10, 11, 13 e 14, conforme a figura 02.

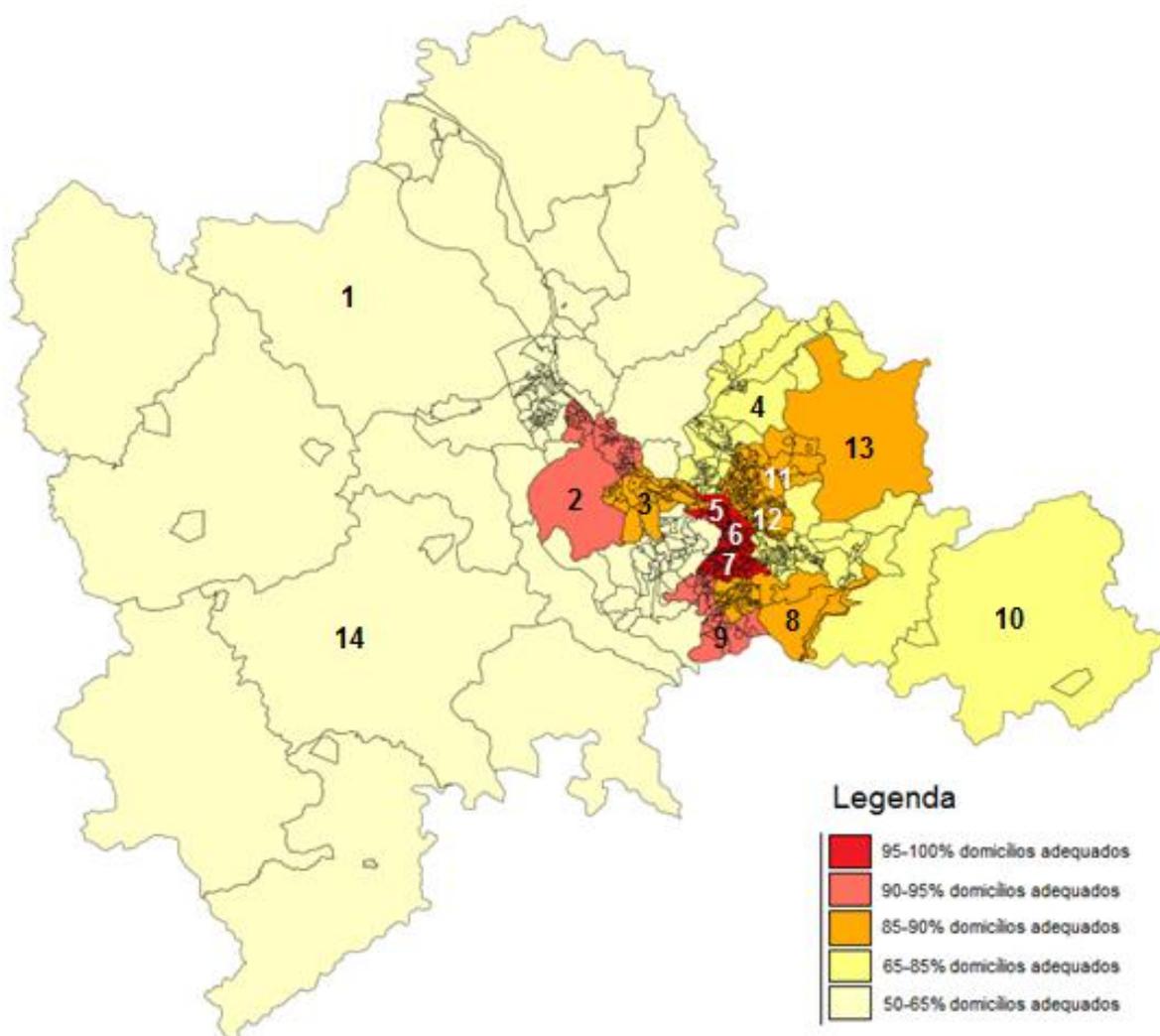


Figura 02 – Proporção de domicílios adequados por região – Juiz de Fora (MG)

Na figura 03, pode-se perceber as diferentes coberturas dos serviços de saneamento básico em regiões centrais e periféricas pelo território municipal.

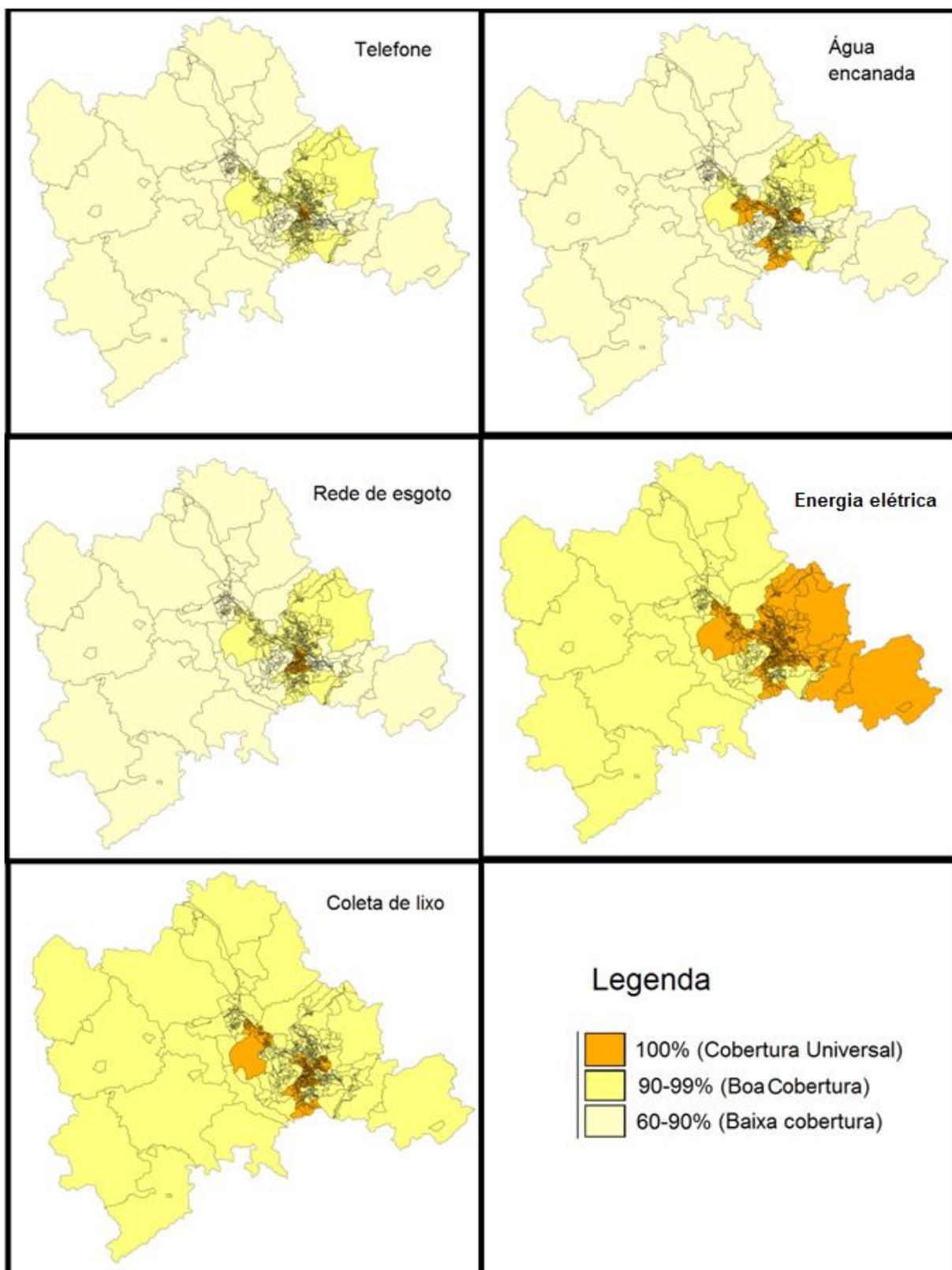


Figura 03 – Cobertura por serviços de telefone, água, esgoto, energia e coleta de lixo por região – Juiz de Fora (MG).

5.2 Cobertura por serviços de saúde – variável secundária

Outro tema importante para a análise da implantação de um serviço de AD é a cobertura por serviços APS. Foi verificado que as regiões com melhores coberturas pela ESF foram: 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, sendo que as regiões 2, 12 e 11 apresentaram maiores coberturas (100%, 80% e 70%, respectivamente), e as regiões 5 e 6 não apresentaram unidades de saúde com ESF.

A modalidade de PAC foi encontrada apenas na região 14 com a abrangência de cobertura de 60,4% do território. A área com maior proporção do território descoberto por serviços de saúde de atenção primária foi a região 5 (78,8% de população descoberta).

Um total de 3% dos setores censitários pesquisados não apresentavam dados atualizados sobre sua cobertura para o ano de 2010, dessa forma estes setores foram desconsiderados na análise cobertura por serviços de APS no município (Tabela 10).

Tabela 10 – Cobertura por serviços de APS geral e por região em 2010.

| Regiões | Tipo de cobertura por APS | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|------|-----|------|-------------|------|-----|------|------------|------|----------------------|------|
| | Domicílios adequados | | ESF | | Tradicional | | PAC | | Descoberto | | Setores considerados | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 2535 | 62,8 | 46 | 66,7 | 23 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 69 | 89,6 |
| 2 | 2640 | 90,2 | 46 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 97,9 |
| 3 | 2939 | 88,3 | 23 | 52,3 | 16 | 33,4 | 0 | 0 | 5 | 11,4 | 44 | 93,6 |
| 4 | 3718 | 81,2 | 37 | 55,2 | 24 | 35,8 | 0 | 0 | 6 | 9 | 67 | 100 |
| 5 | 3195 | 98,3 | 0 | 0 | 7 | 21,2 | 0 | 0 | 26 | 78,8 | 33 | 100 |
| 6 | 4700 | 99,6 | 0 | 0 | 48 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 | 100 |
| 7 | 5897 | 98,9 | 17 | 23,9 | 54 | 76,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 71 | 100 |
| 8 | 2989 | 87,4 | 19 | 43,2 | 22 | 50 | 0 | 0 | 3 | 6,8 | 44 | 100 |
| 9 | 2006 | 94,2 | 20 | 55,6 | 9 | 25 | 0 | 0 | 7 | 19,4 | 36 | 97,3 |
| 10 | 2866 | 69,1 | 40 | 67,8 | 4 | 6,8 | 0 | 0 | 15 | 24,4 | 59 | 98,3 |
| 11 | 2417 | 86,9 | 25 | 71,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 28,6 | 35 | 100 |
| 12 | 2776 | 89,8 | 30 | 78,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 21,1 | 38 | 100 |
| 13 | 3891 | 86,5 | 32 | 66,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 33,3 | 48 | 90,6 |
| 14 | 1849 | 53,7 | 14 | 29,2 | 0 | 0 | 29 | 60,4 | 5 | 10,4 | 48 | 90,6 |
| Juiz de Fora | 44418 | 84,9 | 349 | 49,4 | 207 | 27,3 | 29 | 4,3 | 101 | 17,4 | 686 | 97 |

Fonte dos dados brutos: Secretaria Municipal de Saúde (2010).

Pode-se observar na figura 04 que a maioria das regiões de periferia possui melhores coberturas pela ESF do que nas regiões centrais. Estas são em sua maioria cobertas por unidades de atenção primária tradicional ou estão descobertas.

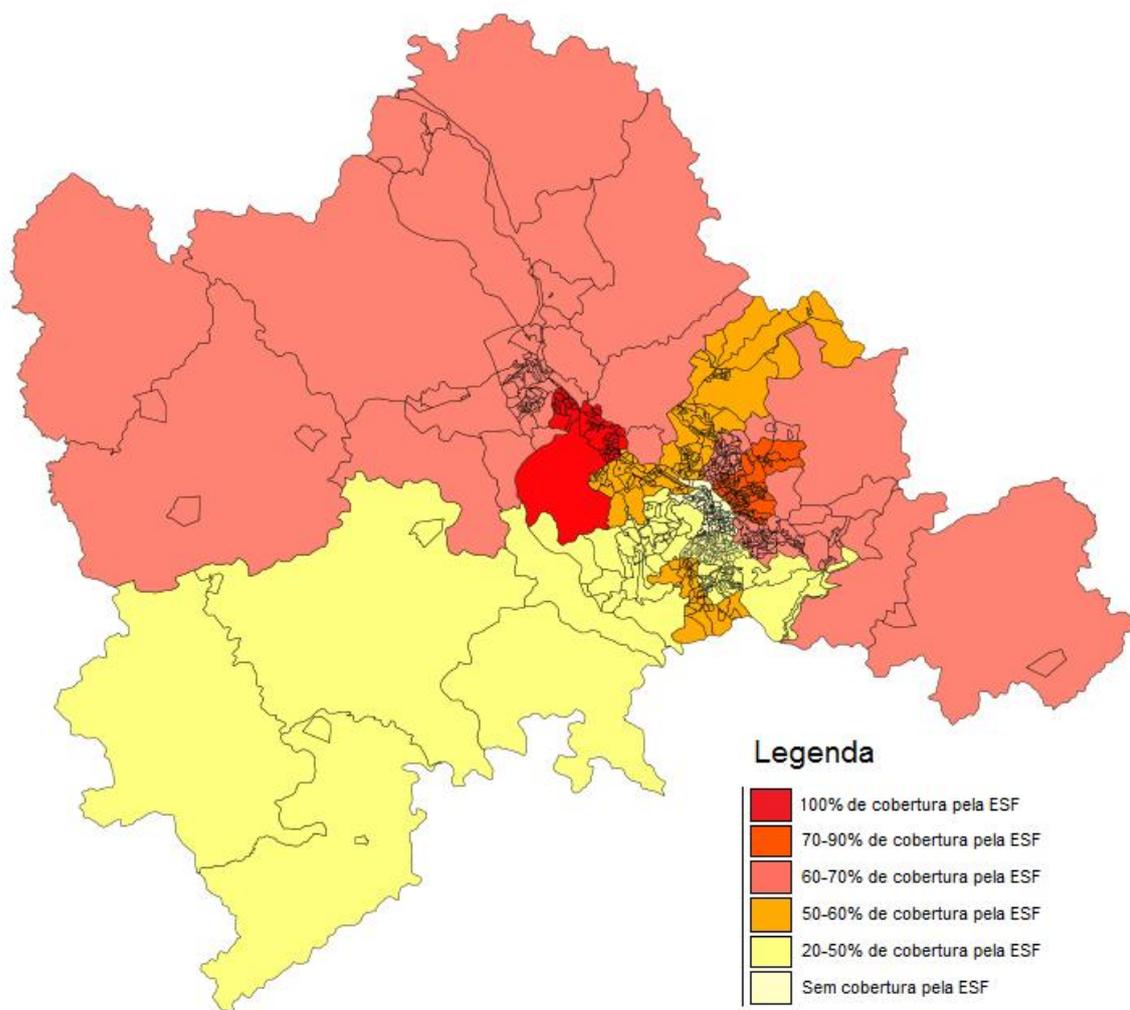


Figura 04 – Cobertura de ESF por região.

A presença de hospitais de referência e de SAMU ou outro serviço de atendimento móvel são critérios legais para a implantação das EMAD. De acordo com os dados do CNES sobre o número de estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos e sua localização espacial no município, a maioria (sete dos oito desses serviços) estão localizadas nas regiões centrais.

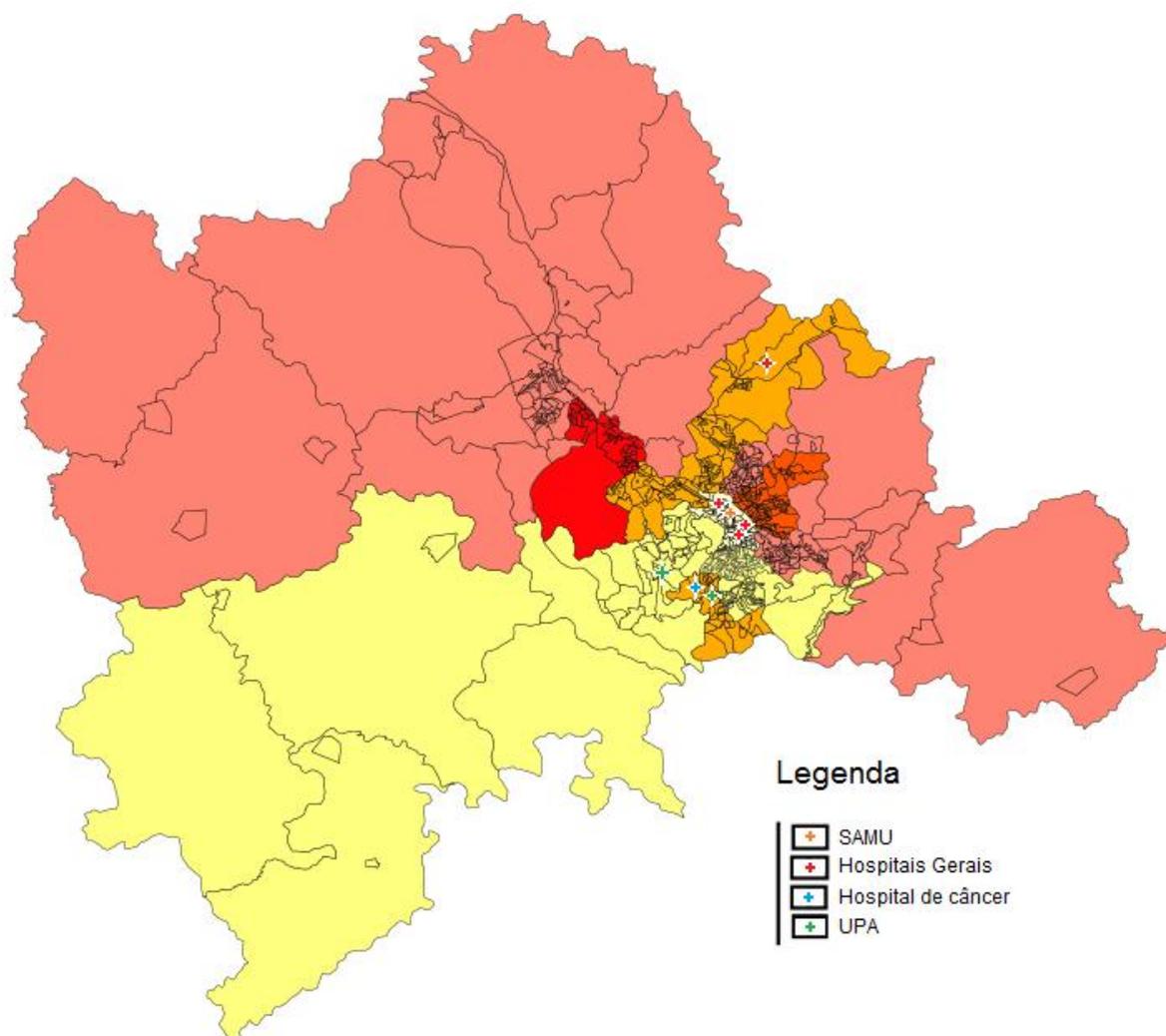


Figura 05 – Distribuição de hospitais públicos e filantrópicos, e SAMU pelo território municipal.

Esses resultados apontam que as regiões com coberturas mais baixas por ESF estão localizadas mais próximas dos hospitais, UPA e SAMU em regiões centrais. Enquanto que nas regiões periféricas, encontra-se maior cobertura pela ESF e maior distância dos serviços de atenção secundária e terciária de referência. O que sugere que os grupos populacionais que vivem mais próximos de hospitais poderiam buscar primeiramente esses serviços, ao invés do atendimento na APS. Esse contexto poderia favorecer uma assistência mais hospitalocêntrica e tradicional em comparação com os que moram distantes e recebem assistência pela ESF.

5.3 Características Individuais – variáveis terciárias

Com base na associação entre as variáveis do banco de dados de pessoas com as condições domiciliares encontram-se como resultados: a proporção de homens em situação de inadequação domiciliar (16,7%) é maior do que a proporção de mulheres nesta situação (14,4%), apesar do quantitativo de mulheres ser maior (41.506 mulheres e 28.560 homens).

A variação na idade dos idosos não apresentou diferença acentuada entre as condições adequadas e inadequadas, exceto para as categorias de idades maiores de 90 anos onde houve um aumento entre idosos em condições inadequadas. A incapacidade funcional básica também foi mais comum entre idosos com condição domiciliar inadequada (26,1%) do que adequada (14,7%).

A cor da pele branca registrou 12,7% de domicílios inadequados. Quando analisamos os idosos com cor de pele negra esse valor passa a ser 24,3%. Entre os idosos pardos e de cor amarela os valores são 19% e 4,6%, respectivamente. Enquanto 14,5% da raça indígena habitavam domicílios inadequados.

A variável de renda total do idoso apresentou associação direta com as condições domiciliares: quanto maior a renda total, maior foi a proporção de domicílios adequados. Bem como para a variável de nível de instrução.

Isso evidencia que as condições domiciliares inadequadas estão associadas às cores de pele preta e parda, o que sugere um processo potencialmente discriminatório de acesso à serviços de saneamento condicionados por fatores sociais de território e renda.

Conforme o conceito de fragilidade apresentado na revisão de literatura pode-se observar a associação entre a presença de incapacidades funcionais básicas com o decorrer da idade (Tabela 12).

Tabela 11 - Adequação do domicílio conforme as características socioeconômicas e demográficas dos idosos.

| | Adequado | | Inadequado | | Total | |
|--|----------|------|------------|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 23795 | 83,3 | 4765 | 16,7 | 28560 | 100 |
| Feminino | 35544 | 85,6 | 5962 | 14,4 | 41506 | 100 |
| Cor | | | | | | |
| Branco | 40500 | 87,3 | 5871 | 12,7 | 46371 | 100 |
| Negro | 5928 | 75,7 | 1902 | 24,3 | 7830 | 100 |
| Amarelo | 333 | 95,4 | 16 | 4,6 | 349 | 100 |
| Pardo | 12437 | 81 | 2914 | 19 | 15351 | 100 |
| Indígena | 141 | 85,5 | 24 | 14,5 | 165 | 100 |
| Idade | | | | | | |
| 60-69 | 32491 | 85,1 | 5672 | 14,9 | 38163 | 100 |
| 70-79 | 17915 | 84,3 | 3324 | 15,7 | 21239 | 100 |
| 80-89 | 7902 | 85 | 1398 | 15 | 9300 | 100 |
| 90-100 | 1031 | 76,5 | 317 | 23,5 | 1348 | 100 |
| >100 | 0 | 0 | 15 | 100 | 15 | 100 |
| Fragilidade por incapacidade funcional básica | | | | | | |
| Com fragilidade | 2568 | 73,9 | 906 | 26,1 | 3474 | 100 |
| Sem fragilidade | 56771 | 85,3 | 9821 | 14,7 | 66592 | 100 |
| Idade avançada (>74 anos) | | | | | | |
| Sim | 8933 | 83,8 | 1730 | 16,2 | 10663 | 100 |
| Não | 50406 | 84,9 | 8996 | 15,1 | 59402 | 100 |
| Nível de instrução | | | | | | |
| Sem instrução ou ensino fundamental incompleto | 33381 | 79,3 | 8702 | 20,7 | 42083 | 100 |
| Ensino fundamental completo e médio incompleto | 6970 | 88,4 | 915 | 11,6 | 7885 | 100 |
| Ensino Médio completo e ensino superior incompleto | 11327 | 93,2 | 829 | 6,8 | 12156 | 100 |
| Ensino superior completo | 7661 | 96,5 | 280 | 3,5 | 7941 | 100 |
| Renda total do idoso | | | | | | |
| Sem renda | 875 | 63,5 | 502 | 36,5 | 1377 | 100 |
| Até ¼ do salário | 214 | 60,3 | 141 | 39,7 | 355 | 100 |
| De ¼ até ½ salário | 716 | 90,2 | 78 | 9,8 | 794 | 100 |
| De ½ até 1 salário | 2895 | 78,7 | 783 | 21,3 | 3678 | 100 |
| De 1 até 2 salários | 3421 | 82,9 | 707 | 17,1 | 4128 | 100 |
| De 2 até 3 salários | 1468 | 86,9 | 221 | 13,1 | 1689 | 100 |
| De 3 até 5 salários | 1273 | 92,2 | 107 | 7,8 | 1380 | 100 |
| Mais de 5 salários | 2558 | 96,9 | 83 | 3,1 | 2641 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Tabela 12- Proporção de idosos frágeis por idade.

| Idade em anos | Fragilidade | | | | Total | |
|---------------|-------------|------|-------|------|-------|-----|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 60-74 | 1598 | 3,1 | 49309 | 96,9 | 50907 | 100 |
| 75-79 | 343 | 4 | 8151 | 96 | 8494 | 100 |
| 80-89 | 1164 | 12,5 | 8137 | 87,5 | 9301 | 100 |
| 90-99 | 353 | 26,2 | 995 | 73,8 | 1348 | 100 |
| >100 | 15 | 100 | 0 | 0 | 15 | 100 |
| Total | 3473 | 5 | 66593 | 95 | 70066 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

5.4 Proposta de divisão territorial para EMAD

A partir desses resultados, este trabalho propôs uma divisão territorial para as áreas de abrangência de EMAD no município de Juiz de Fora com base no critério legal de número de habitantes por EMAD. Para se fazer a divisão buscou-se manter um tamanho aproximado de população, cada área foi composta por cerca de 100 mil habitantes e os limites territoriais foram delimitados conforme a proximidade entre as áreas de ponderação do censo demográfico de 2010. Foram sugeridas 5 divisões territoriais no município. As regiões e suas respectivas populações de abrangência podem ser identificadas na figura 06 abaixo.

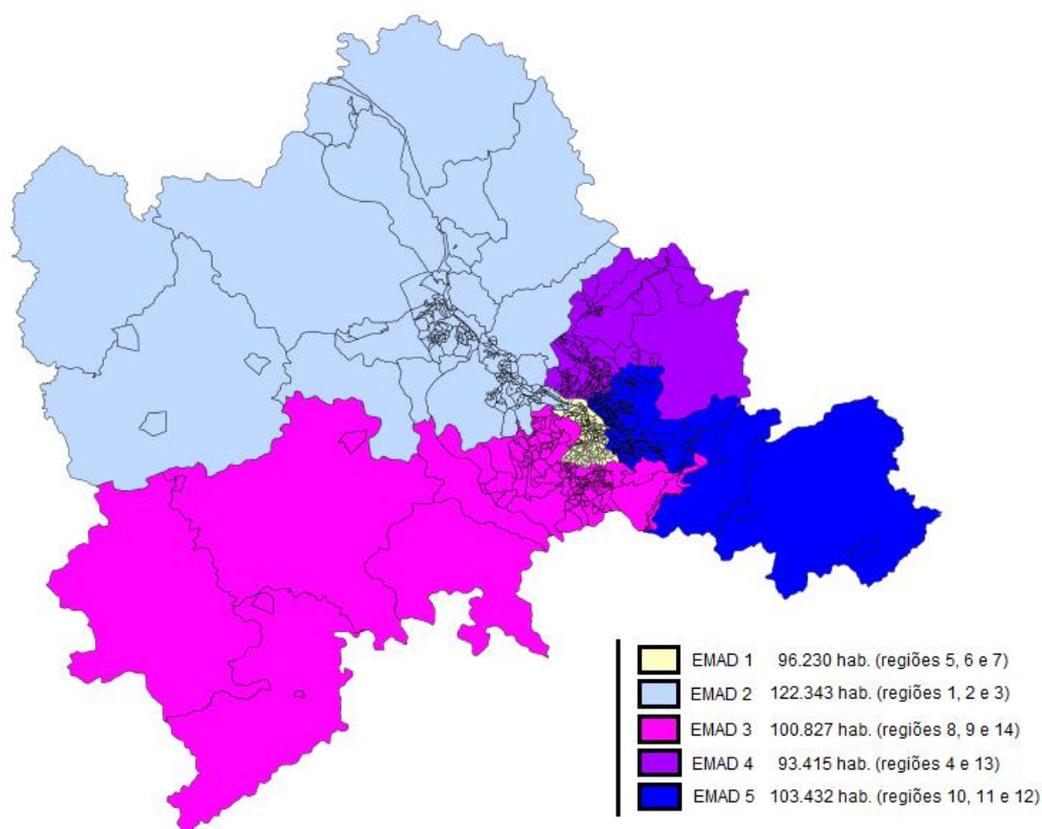


Figura 06 – Proposta de divisão territorial para as áreas de abrangência para EMAD em áreas urbanas e rurais de Juiz de Fora (MG) conforme o critério legal de contingente populacional.

Na figura 07, foram mantidas as divisões acima, porém foram consideradas apenas as regiões urbanas do município.

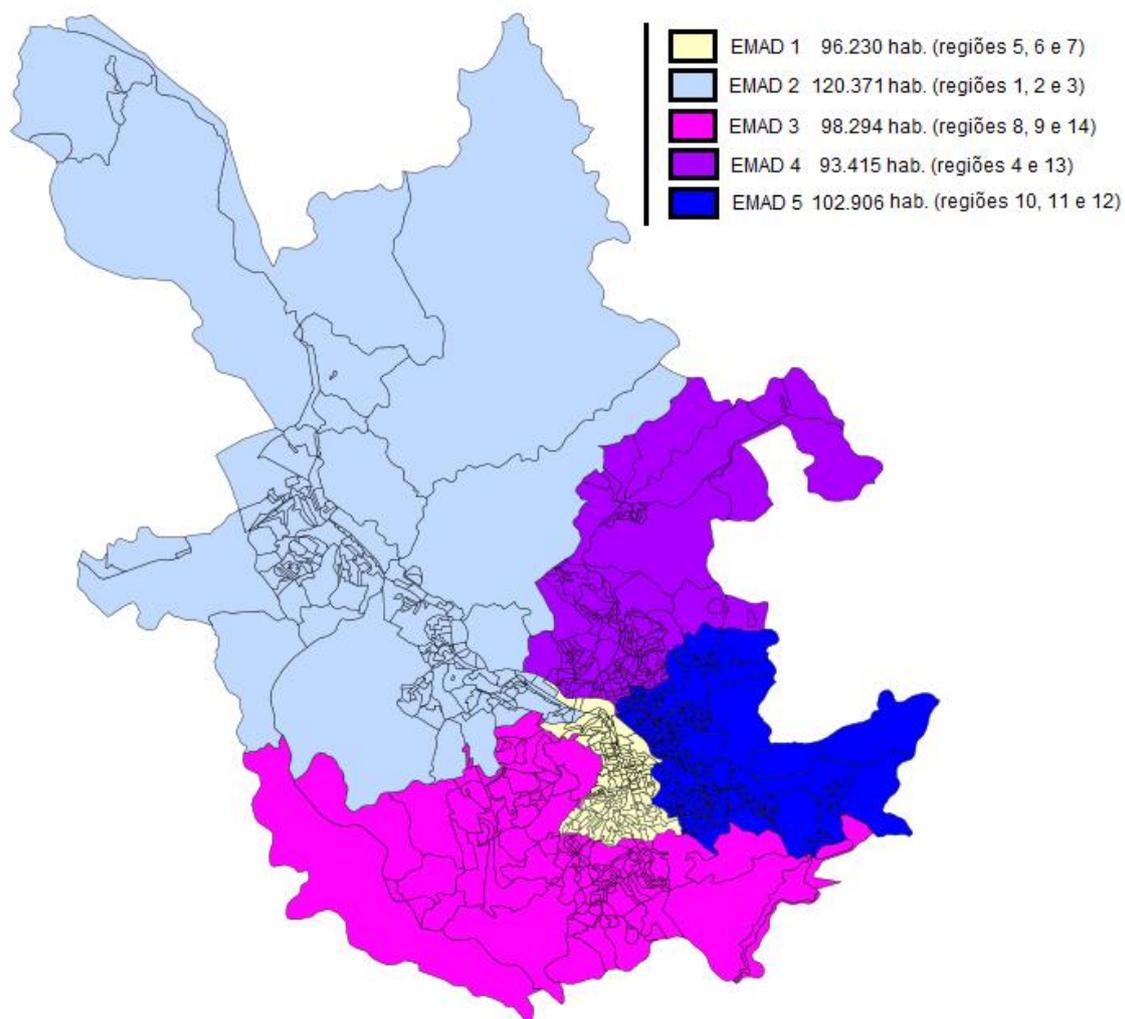


Figura 07 – Proposta de divisão territorial para as áreas de abrangência para EMAD em áreas urbanas de Juiz de Fora (MG), conforme o critério legal de contingente populacional.

No que se refere à proporção de idosos em cada uma das áreas de abrangência para EMAD, encontra-se: EMAD 1 com 19.434 idosos (27,7% do total de idosos no município), EMAD 2 com 13.200 idosos (18,8%), EMAD 3 com 11.515 idosos (16,4%), EMAD 4 com 12.252 idosos (17,5%) e EMAD 5 com 13.664 idosos (19,5%).

Além disso, foram analisadas as condições domiciliares de acordo com as áreas de abrangência para EMAD sugeridas. A diferença de adequação domiciliar

entre as áreas chegou a 21,1%. As áreas 1 e 4 obtiveram melhores resultados, já as áreas 2, 3 e 5 resultados piores. As médias de cobertura pelos serviços de saneamento básico aumentaram após o agrupamento das 14 regiões em 5 áreas, o que demonstra que os problemas com esses serviços tem grande relação territorial e afeta algumas áreas específicas do município (Tabela 13).

Tabela 13 - Proporção de adequação domiciliar por causa e EMAD.

| Variável | EMAD 1 | EMAD 2 | EMAD 3 | EMAD 4 | EMAD 5 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Energia elétrica | 13932 | 10232 | 8954 | 9077 | 10018 |
| | 100% | 99,4% | 99,6% | 100% | 100% |
| Rede de Esgoto | 13894 | 9426 | 7687 | 8271 | 9347 |
| | 99,7% | 91,6% | 85,5% | 91,1% | 93,3% |
| Coleta de Lixo | 13932 | 10037 | 8872 | 9001 | 9885 |
| | 100% | 97,5% | 98,7% | 99,2% | 98,7% |
| Telefone celular e/ou fixo | 13869 | 9073 | 8034 | 8431 | 9021 |
| | 99,5% | 88,2% | 89,3% | 92,9% | 90% |
| Água encanada em pelo menos um cômodo | 13893 | 9246 | 8111 | 8632 | 9245 |
| | 99,7% | 89,9% | 90,2% | 95,1% | 92,3% |
| Condição do domicílio | 18874 | 10465 | 8755 | 10394 | 10852 |
| | 97,1% | 79,3% | 76% | 84,8% | 79,4% |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico de 2010.

Com relação aos resultados das variáveis terciárias, todas as áreas apresentaram maior proporção de idosos, com destaque para a área 1 (região central do município) que atingiu 63,2%. Bem como para a proporção de brancos (maior que 50% em todas as áreas) e a proporção de idosos em idade avançada (região 1 chegou à 33%, enquanto as demais atingiram até 26,4%).

Os níveis de instrução e a renda total mais elevados também tiveram maior proporção na região 1, em detrimento das demais, o que fortalece que as condições de vida nas regiões centrais são melhores do que nas regiões periféricas, conforme a tabela 14 abaixo.

Tabela 14 Características socioeconômicas e demográficas dos idosos por área de abrangência propostas para as EMAD.

| Variável | Área 1 | | Área 2 | | Área 3 | | Área 4 | | Área 5 | |
|--|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 7148 | 36,8 | 5488 | 41,6 | 5105 | 44,3 | 5235 | 42,7 | 5584 | 40,9 |
| Feminino | 12286 | 63,2 | 7712 | 58,4 | 6411 | 55,7 | 7017 | 57,3 | 8080 | 59,1 |
| Cor/Raça | | | | | | | | | | |
| Branca | 16534 | 85,1 | 7066 | 53,5 | 7133 | 61,9 | 7708 | 62,9 | 7930 | 58 |
| Preta | 771 | 4 | 1923 | 14,6 | 1585 | 13,8 | 1657 | 13,5 | 1894 | 13,9 |
| Amarela | 34 | 0,2 | 128 | 1 | 75 | 0,7 | 22 | 0,2 | 89 | 0,7 |
| Parda | 2057 | 10,6 | 4026 | 30,5 | 2671 | 23,2 | 2865 | 23,4 | 3732 | 27,3 |
| Indígena | 38 | 0,2 | 56 | 0,4 | 51 | 0,4 | 0 | 0 | 20 | 0,1 |
| Idade Avançada (>74 anos) | | | | | | | | | | |
| Sim | 6408 | 33 | 3170 | 24 | 2779 | 24,1 | 3197 | 26,1 | 3604 | 26,4 |
| Não | 13026 | 67 | 10030 | 76 | 8737 | 75,9 | 9055 | 73,9 | 10060 | 73,6 |
| Nível de Instrução | | | | | | | | | | |
| Sem instrução ou ensino fundamental incompleto | 5633 | 29 | 10222 | 77,4 | 8154 | 70,8 | 8138 | 66,4 | 9935 | 72,7 |
| Ensino fundamental completo e médio incompleto | 2586 | 13,3 | 1212 | 9,2 | 1304 | 11,3 | 1312 | 10,7 | 1473 | 10,8 |
| Ensino Médio completo e ensino superior incompleto | 6253 | 32,2 | 1220 | 9,2 | 1230 | 10,7 | 1894 | 15,5 | 1561 | 11,4 |
| Ensino superior completo | 4963 | 25,5 | 546 | 4,1 | 827 | 7,2 | 909 | 7,4 | 696 | 5,1 |
| Renda Total | | | | | | | | | | |
| Sem renda | 127 | 2,9 | 357 | 12,1 | 448 | 14,8 | 177 | 7,2 | 268 | 8,5 |
| Até ¼ do salário | 77 | 1,7 | 87 | 2,9 | 95 | 3,1 | 43 | 1,8 | 52 | 1,6 |
| De ¼ até ½ salário | 90 | 2 | 114 | 3,9 | 164 | 5,4 | 99 | 4 | 327 | 10,3 |
| De ½ até 1 salário | 716 | 16,1 | 875 | 29,7 | 655 | 21,6 | 804 | 32,8 | 628 | 19,8 |
| De 1 até 2 salários | 868 | 19,5 | 721 | 24,4 | 973 | 32,1 | 556 | 22,7 | 1010 | 31,9 |
| De 2 até 3 salários | 517 | 11,6 | 333 | 11,3 | 266 | 8,8 | 199 | 8,1 | 375 | 11,8 |
| De 3 até 5 salários | 537 | 12,1 | 182 | 6,2 | 93 | 3,1 | 309 | 12,6 | 258 | 8,1 |
| Mais de 5 salários | 1509 | 34 | 281 | 9,5 | 337 | 11,1 | 261 | 10,7 | 253 | 8 |
| Total | 19434 | 100 | 13199 | 100 | 11515 | 100 | 12252 | 100 | 13665 | 100 |

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo demográfico (2010).

Com relação à cobertura por serviços de APS por área de abrangência de EMAD, pode-se observar que a proporção de setores censitários cobertos por ESF da área 1 é a menor (11,2%), comparada com as áreas 2 (72,3%), 3 (41,4%), 4 (60%) e 5 (72%). No entanto, a área com maior número de setores descobertos foi a número 5, visto que a área 1 tem grande cobertura por serviços de APS do tipo tradicional (71,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Sugestão de distribuição de EMAD e a cobertura por serviços de APS em 2010.

| EMAD | Regiões | Tipo de cobertura por APS | | | | | | | | Setores considerados | |
|--------------------|-------------|---------------------------|------|-------------|------|-----|------|------------|------|----------------------|------|
| | | ESF | | Tradicional | | PAC | | Descoberto | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 5, 6 e 7 | 17 | 11,2 | 109 | 71,7 | 0 | 0 | 26 | 17,1 | 152 | 100 |
| 2 | 1, 2 e 3 | 115 | 72,3 | 39 | 24,5 | 0 | 0 | 5 | 3,2 | 159 | 93 |
| 3 | 8, 9 e 14 | 53 | 41,4 | 31 | 24,2 | 29 | 22,7 | 15 | 11,7 | 128 | 95,5 |
| 4 | 4 e 13 | 69 | 60 | 24 | 20,9 | 0 | 0 | 22 | 19,1 | 115 | 95,8 |
| 5 | 10, 11 e 12 | 95 | 72 | 4 | 3 | 0 | 0 | 33 | 25 | 132 | 99,2 |
| Total Juiz de Fora | | 349 | 49,4 | 207 | 27,3 | 29 | 4,3 | 101 | 17,4 | 686 | 97 |

Fonte dos dados brutos: Secretaria Municipal de Saúde (2010).

Pode-se observar que apesar da territorialização proposta usar critérios estritamente regionais, ela reflete algumas das características socioeconômicas dos indivíduos. As distintas realidades populacionais entre as EMAD centrais e de periferia foram caracterizadas pela diferença na proporção de idosos, nas condições domiciliares, nos níveis de instrução e de renda, e na cobertura por serviços de saúde de apoio.

Isso satisfaz aspectos fundamentais para a dinâmica dos SAD e pode colaborar para o planejamento de ações voltadas à realidade da população coberta por cada EMAD. Como por exemplo: as regiões centrais possuem baixas coberturas pela ESF e acessam o sistema de saúde primordialmente por meio de hospitais e clínicas especializadas pela proximidade territorial. Neste caso, um SAD vinculado à um serviço hospitalar facilitaria o acesso desta população.

No entanto, supõe-se que as EMAD vinculadas diretamente aos hospitais teriam alguma dificuldade de acompanhar a população que se encontra na periferia, principalmente nas regiões rurais. As EMAD vinculadas a serviços de atenção

secundária com referência para atenção primária e terciária poderiam ser uma alternativa viável do ponto de vista territorial, além de oferecer um serviço de saúde mais integral e equânime.

Por fim, apesar da divisão territorial para as EMAD proposta neste trabalho apontar algumas características importantes para a implantação do SAD, esta ainda necessita de maior análise do ponto de vista social e local. O uso de limites geográficos político-administrativos para se delimitar as áreas de abrangência de serviços de saúde contribui para a organização e gestão desses serviços, no entanto possui limitações. São necessários padrões de serviços mais flexíveis e transversais que possam se adequar as diferentes realidades sociais e necessidades deste grupo populacional encontradas.

6 DISCUSSÃO

O arcabouço legal para AD descreve que os domicílios sem saneamento básico e sem mínimas condições de moradia são inadequados para a implantação desses serviços. Portanto, os indivíduos que residem nessas condições não seriam indicados para o acesso aos SAD por critérios de segurança e qualidade, independente da indicação clínica.

Nos SAD privados é comum a preocupação das empresas com as condições ambientais da família como critério para admissão nos cuidados domiciliares, sendo sugeridas adaptações custeadas pelo cliente. No setor público, muitos usuários apresentam condições domiciliares precárias, e as ações intersetoriais de saneamento e outras adaptações ambientais comuns são de responsabilidade estatal, inviáveis em curto prazo (SILVA e ACKER, 2007).

Posto isso, a admissão de pacientes com indicações clínicas para AD no setor público deve ser realizada apesar das condições domiciliares precárias ou deve-se primar pela qualidade do serviço de AD e reduzir o acesso da população sem condições, priorizando neste caso o atendimento hospitalar?

Uma hipótese é que na prática, as instituições públicas que ofertam o SAD poderiam optar por admitir os indivíduos no serviço com base em critérios clínicos de inclusão sem considerar as condições ambientais do domicílio. Isso poderia expor os indivíduos à prestação de serviços de menor qualidade do que aqueles cujos domicílios estão adequados para receber a AD.

A diversidade nos contextos de acesso entre instituições públicas e privadas de SAD teria potencial para reforçar a ideia construída superficialmente por muitos usuários e ainda presente no discurso de alguns profissionais de saúde: o SUS presta serviços básicos, de menor qualidade, gratuitos e destinados à população que não tem condições de pagar por planos de saúde. Além disso, reforçaria o modelo hospitalocêntrico, médico centrado e o cuidado com foco na doença.

No entanto, devem-se ter maiores precauções ao admitir o paciente em AD sem condições de saneamento básicas para tal, sob o risco de reproduzir no nível domiciliar, a ocorrência dos eventos adversos evitáveis, tal como infecções

hospitalares. Ainda é alta a prevalência de eventos adversos evitáveis em hospitais (67% de todos os eventos adversos) (MENDES et al., 2009).

Por outro lado, caso as instituições de saúde optem por oferecer SAD seguindo os critérios de qualidade do domicílio descritos na legislação, uma hipótese seria a redução do acesso de indivíduos com baixas condições socioeconômicas nesses serviços. O que levaria a uma segmentação do acesso pela renda e um rompimento do princípio de universalidade, proposto nas diretrizes do SUS.

O acesso aos serviços de saúde regulado pelo poder de compra, em detrimento do entendimento de saúde como um direito fundamental conquistado, gera processos iníquos e vem sendo considerado natural pela sociedade. É necessário o resgate dos princípios do SUS de universalidade e equidade para exaltar o papel do sistema de saúde na construção da justiça social e da cidadania, muito além do SUS como provedor de recursos financeiros para o setor privado a fim de complementar aqueles serviços que estiverem insuficientes no público (BAHIA, 2008).

No município de Juiz de Fora, os idosos procuravam serviço médico credenciados pelo seu plano de saúde (43,8%) ou Médicos/Clínica particulares (4,7%) quando estavam doentes ou precisaram de atendimento médico. Os demais buscavam uma instituição pública gratuita (51,4%) (UFJF, 2012). Isso indica que a busca por serviços de saúde públicos por idosos no município está abaixo da estimativa nacional de 70% (BRASIL, 2010b).

A cobertura por planos privados de saúde ainda tem papel importante na cobertura total dos serviços de saúde. Dessa forma, uma hipótese para as baixas prevalências de cuidados domiciliares formais nas famílias pode ser o fato dos planos de saúde não cobrirem esse tipo de assistência, ou ainda a precária estrutura desses serviços no setor público (FRANCO; MERHY, 2008).

O planejamento de serviços equânimes com base nas necessidades de saúde e não na lógica de mercado deve levar em consideração as diferentes características socioeconômicas, demográficas e culturais dos indivíduos e dos diversos grupos populacionais. Os dados desta pesquisa apontam que os idosos que viviam em piores condições domiciliares eram aqueles que em tese mais precisariam da AD, seja por incapacidades funcionais, sexo, raça/cor, pela renda inferior ou baixo nível de escolaridade.

Idosos com incapacidade funcional para Atividades de Vida Diária (AVD) estavam 10,4 vezes mais associados ao uso desse serviço (THUMÉ et al., 2010). No entanto, o declínio funcional tende a diminuir com os avanços tecnológicos e com a melhoria nas condições de vida, de saúde e educação (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

As mulheres apresentam problemas de saúde com maior frequência, porém com menor grau de gravidade. Elas procuram os serviços de saúde com mais assiduidade e antecedência e tem maior expectativa de vida (PERELMAN et al., 2012; TRAVASSOS et al., 2002). No caso de mulheres idosas, se conhece mais casos de violência doméstica e abandono, e menos oportunidades de educação, emprego e poder político. Isso explica a maior prevalência de pobreza, isolamento social e deficiência nesse grupo (DANILOW et al., 2007; OMS, 2005; PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Sabe-se que a renda dos idosos brasileiros, por meio de suas pensões e aposentadorias, tem papel fundamental na composição das rendas familiares para a microeconomia do domicílio onde vivem (PAIVA; WAJNMAN, 2005). Dessa forma é importante destacar que nos casos em que aumentam os gastos com a saúde dos idosos, isso refletiria na economia domiciliar e dificultaria o acesso aos serviços e tratamentos.

Uma opção seria o apoio financeiro do governo aos familiares que cuidam de idosos dependentes, como é realizado nos municípios e estados da Suécia (PERROCA; EK, 2004). No entanto é necessário se relativizar a viabilidade desta proposta para o contexto brasileiro.

Além dos indicadores individuais, os serviços de saneamento básico no Brasil apresentam grandes desigualdades no acesso. A prestação desses serviços deve ser baseada nas necessidades locais ou na priorização de grupos que receberiam as intervenções com a finalidade de oferecer os recursos para os indivíduos que mais precisassem (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011).

Este trabalho apontou que a oferta dos serviços de saneamento básico é proporcionalmente maior nas regiões centrais, urbanas e naquelas mais desenvolvidas economicamente.

Juliano et al. (2012) questionam se o déficit de cobertura dos serviços de saneamento básico estaria relacionado com a formulação de políticas no setor, visto que as intervenções e investimentos na área priorizavam as áreas urbanas e

centrais, o abastecimento de água, coleta de lixo e redes de esgotos, nesta ordem. Isso ajudou a proporcionar diferentes coberturas pelo território em detrimento da universalização desses serviços.

As regiões com piores condições ambientais de vida e saneamento, bem como as áreas com maior risco ambiental são habitadas por grupos com condições socioeconômicas inferiores e/ou por grupos sociais e étnicos com reduzido poder decisório e de mercado (ACSELRAD, 2009; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; TRAVASSOS ET AL, 2006).

Essa situação de desvantagem no acesso e na utilização de serviços de saúde também foi verificada na população de idosos que moravam em regiões rurais em relação aos que moravam em regiões urbanas do Brasil, principalmente para serviços especializados de atenção secundária à saúde e no caso de idosos com mais de 80 anos, com baixa escolaridade (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Apesar da melhoria do acesso aos serviços de saúde entre 1998 e 2003, as desigualdades geográficas aumentaram durante esses anos. Os locais de residência bem como o grau de desenvolvimento socioeconômico da região estavam relacionados diretamente com as condições de acesso dos indivíduos (TRAVASSOS et al., 2006).

Nas 14 regiões administrativas de Juiz de Fora, como também entre a população urbana e rural, os grupos sociais que apresentaram piores condições socioeconômicas são os mesmos que também não possuem espaço domiciliar adequado para o uso de SAD.

Outras possíveis causas de dificuldade de acesso da população variam conforme os tipos de serviços prestados e à proposta assistencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O hospital é um serviço de importância para a referência de usuários para AD. Nos casos em que ele serve como porta de entrada exclusiva para AD, o acesso a esses serviços ficam condicionados pela demanda do hospital. Dessa forma, a AD não se constituiria um processo de mudança efetiva do modelo, mas sim uma forma diferente de utilização do sistema seguindo a mesma lógica de acesso por populações e grupos específicos.

O aumento no número de leitos hospitalares não corresponde, necessariamente, ao atendimento das necessidades da população e sim a uma demanda induzida pela oferta (CASTRO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2004).

Dessa forma, as referências para AD devem partir não apenas dos serviços hospitalares, mas também da APS, pois contribuiriam para a mudança do modelo e para a redução de iniquidades em saúde. O acesso à AD por meio da APS também contribuiria para se atingir o princípio da universalidade, além de favorecer o conhecimento mais aprofundado das necessidades dos indivíduos em seu meio e a abordagem generalista que não condiciona a demanda por especialidades médicas.

No entanto, caso haja a falta de cobertura por serviços de APS, isso implicaria na dificuldade de acesso aos outros níveis de atenção, visto que APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde (MENDES et al., 2012).

Outra vantagem de se admitir indivíduos referenciados a partir da APS seria que o SAD trabalha com o conceito de área de abrangência e de população adscrita, da mesma forma que a ESF. Isso poderia auxiliar no processo de territorialização dos SAD no âmbito municipal.

A inclusão das atividades domiciliares realizadas pela APS no tipo 1 de AD pela portaria 2527 pode ser considerada uma tentativa de integração e articulação do modelo de AD aos três níveis de atenção à saúde, a partir da ESF.

Outro suposto objetivo dessa agregação é ampliar o acesso a essa modalidade, característico dos serviços de Atenção Primária. No entanto, isso encobre a falsa universalidade inerente aos SAD tipo 2 e 3, pois os critérios legais delimitam à implantação desses serviços aos municípios com contingente populacional acima de 40 mil habitantes, serviço móvel de emergência e hospital de referência. No estado de Minas Gerais existem 79 municípios em um total de 853 que se enquadram nos critérios para a implantação do SAD.

As delimitações territoriais dos SAD em cidades de menor porte são baseadas em seus limites municipais. De acordo com Oliveira et al. (2004), esse tipo de territorialização é inadequada como unidade de referência para a organização e delimitação da oferta de serviços de saúde no geral.

A discussão sobre os critérios de admissão na AD deve ser mais aprofundada para que possamos levantar outros indicadores sobre a população com condições domiciliares inapropriadas para receber um cuidado domiciliar de qualidade. A análise do acesso aos SAD deve estar pautada não apenas nos indicadores individuais de adoecimento ou de prestação de serviços de saúde, como

também aspectos relacionados à política, educação, cultura, lazer, transporte, território, renda, entre outros.

As associações entre o saneamento básico, as condições de vida e de moradia dos indivíduos e os SAD encontradas neste trabalho remetem à discussão sobre a intersetorialidade das políticas públicas de saúde. Portanto, a gestão desses serviços deve envolver diversos setores da sociedade que contribuem para a construção da saúde dos indivíduos.

Por fim, os resultados desta pesquisa, ao indicarem as diversidades de acesso, colaboram para a discussão sobre a viabilidade do modelo de AD primar pela universalidade, pela equidade e pela integralidade nos serviços prestados. Será que os SAD conseguem se adaptar a essas diversidades? A oferta desses serviços consegue atender às reais necessidades desse grupo populacional? A AD pode ser considerada integrada aos princípios do SUS? Ou ainda é pautado em critérios de inclusão fundamentalmente clínicos, voltados para a redução de custos por meio da desospitalização? Em indivíduos com condições domiciliares precárias, o hospital se torna a opção mais adequada apesar da indicação clínica para AD? E o acesso aos SAD pode ser considerado prioritário?

Para se esclarecer o papel da AD no SUS, ainda é necessária a interação entre as esferas legais, gerenciais, e políticas; entre saberes técnicos científicos e tecnologias relacionais; e entre a demanda e a necessidade dos indivíduos. Bahia (2008) e Silva (2005) reforçam a importância das dimensões históricas, econômicas e sociais mais amplas para a construção das pesquisas, políticas públicas e inovações de processos no SUS.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo analisar o acesso da população idosa aos serviços de assistência domiciliar no setor público sob a ótica das características socioeconômicas, demográficas, funcionais, de moradia e de cobertura por serviços de saúde da população.

As condições domiciliares inadequadas para AD de acordo com os critérios legais alcançaram 7.892 (15,1%) dos domicílios com idosos no município de Juiz de Fora. As principais causas de inadequação foram a ausência de meio de comunicação acessível no domicílio, de rede de esgoto e de água encanada. Os domicílios localizados em regiões rurais e de periferia obtiveram maiores proporções de inadequação quando comparados aos de regiões urbanas e centrais, e a diferença absoluta entre as 14 regiões municipais estudadas chegou a 45,9%.

No entanto, deve-se levar em consideração que algumas exigências legais como a facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente não foram abordadas neste trabalho, o que sugere que o percentual de domicílios sem condições para AD seja superior ao encontrado.

As condições domiciliares inadequadas estavam associadas às cores de pele pretas e pardas, ao sexo masculino, à idade maior de 90 anos, às incapacidades funcionais básicas, à baixa renda e ao baixo nível de instrução.

Com relação à cobertura por serviços de saúde, foi verificado que as regiões periféricas apresentaram melhores coberturas pela ESF do que as regiões centrais. Nestas, há predomínio de população descoberta por APS ou, quando há o serviço, é do tipo tradicional. Contudo, nestas áreas é onde estão concentrados os serviços hospitalares e especializados.

Este estudo propôs uma territorialização da AD no município que incluiu apenas os critérios exigidos pelo arcabouço legal. Apesar disso, ela refletiu algumas das características socioeconômicas dos indivíduos e dos grupos populacionais que compõe as cinco EMAD. As distintas realidades populacionais entre as EMAD centrais e de periferia foram caracterizadas pela diferença na proporção de idosos, nas condições domiciliares, nos níveis de instrução e de renda, e na cobertura por serviços de saúde de apoio. Isso pode colaborar para o planejamento de ações voltadas à realidade da população coberta por cada EMAD.

Além disso, a portaria 1533 de 2012 possibilitou um aumento no número de municípios entre 40 e 100 mil habitantes com a possibilidade de implantação de SAD, isso pode gerar um aumento do acesso da população a esses serviços e levanta questões importantes do ponto de vista orçamentário e da sua efetividade e viabilidade. Porém, as conseqüências advindas daí devem ser discutidas com mais profundidade.

Apesar dos princípios e diretrizes dos SAD ressaltarem a ampliação do acesso, o que se observa é que a oferta destes serviços vinculados aos hospitais tem potencial reduzido para atender a população de menor renda, escolaridade e que moram em bairros de periferias. Além disso, as condições sanitárias encontradas nos domicílios podem ser consideradas como dificuldades a serem enfrentadas pelas EMAD no município de Juiz de Fora.

Apesar dos avanços legais e do possível acesso aos SAD, as desigualdades sociais permanecerão caso não haja investimentos intersetoriais nas condições de vida da população idosa. No entanto, a melhoria da infraestrutura de saneamento básico requer elevados investimentos, o que se torna um desafio para a implantação de SAD em todo o Brasil.

É necessário um melhor conhecimento das necessidades e possibilidades dos indivíduos e família antes de se optar pela atenção no domicílio por critérios fundamentalmente clínicos. Sob pena de se regular o acesso à esses serviços de forma segmentada pela lógica da oferta e demanda e não primar pela equidade do cuidado e pela universalidade do acesso.

Dessa forma, se fazem necessários estudos mais detalhados sobre essas dimensões de análise, além de uma abordagem objetiva e subjetiva do processo saúde doença, da cultura, crenças e valores dos usuários, cuidadores, familiares e equipes envolvidas em SAD, a fim de identificar as necessidades para esse tipo de serviço no território.

Por fim, neste trabalho pôde-se discutir sobre algumas questões relacionadas à política pública de AD e aos aspectos legais envolvidos, à organização interna da AD e seu fluxo no sistema de saúde, à capacidade do serviço de mudança do modelo hospitalocêntrico de atendimento, e ao monitoramento das possíveis causas de iniquidades destes serviços.

8 REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, 2007, n. 370, p. 1.929-38.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dezembro 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19920/000464432.pdf?sequence=1>. Acessado em: 27/07/2012.

ACSELRAD, H. O que é justiça ambiental / Henri Acselrad, Cecília Campello do A. Melo, Gustavo das Neves Bezerra. – Rio de Janeiro: **Garamond**, 160p. 2009.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al . Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>.

ANVISA. RDC nº11 de 26 de janeiro de 2006. **Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar**, janeiro de 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acessado em: 27/07/2012

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>.

BORGES, C.M.M. “Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania”. In: FREITAS, E. V. de. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara**, 2002. Cap.124, p.1037-1041.

BOUSQUAT, Aylene; GOMES, Adriana; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com "alta" cobertura do subsistema privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100008&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100008>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II, da saúde, Art. 196-197. **Senado Federal**, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Senado Federal**, Brasília, Setembro 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Lei n. 10.424 de 15 de abril de 2002 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. **Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**, Diário Oficial da União, n. 72, 2002.

BRASIL. Lei n. 1041 de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso - Política Nacional do Idoso. **Diário oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Ministério da Saúde. **Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.bonscursos.com/solidario/downloads/cuidadorprof.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASILa. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada**, Brasília, 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

BRASILb. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Diário Oficial da União. **Ministério da Saúde**, Outubro 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Guia prático do cuidador. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, p. 64, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, **Área Técnica Saúde do Idoso**, Brasília, p. 44, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

BRASILa. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

BRASILb. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Diário Oficial da União. **Ministério da Saúde**, Outubro 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acessado em: 27/07/2012.

BRASIL. Lei 1533 de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Julho 2012. Diário Oficial da União. **Ministério da Saúde**, Disponível em: http://www.lainformatica.com.br/arquivos/portaria_1533.pdf. Acessado em: 20/02/2013.

BÚRIGO, T. S. et al. Grupo de Apoio aos Cuidadores de Idosos: uma Proposta de Ação Intersetorial para Promoção da Saúde Mental do Cuidador e Prevenção da Violência Contra o Idoso. **X Salão de Iniciação Científica - PUCRS**, 2010. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Servico_Social/71204-ENI_VARGAS_MACHADO_BATISTA.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão n. 858. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. *Estud. av.*[online]. vol.17, n.49, pp. 35-63, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18396.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

CAMARANO, A.A. Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60 anos. Rio de Janeiro: **Ipea**, 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD_CHAVE=274. Acessado em: 27/07/2012.

CANDY, B. et al. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2011. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD007617.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

CARMONA, L.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Rev Esc Enferm USP**; 36(1): 42-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a06.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 725-733, junho 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, Apr. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200020>.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 220 p. il., tab., graf. 2008. Acessado em: 05/01/13. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Seminário sobre o modelo de atenção à saúde no SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/curso%20gestao%20participativa/Apresentacao_Redes_de%20Atencao.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CMDSS). A Prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde - **Documento De Discussão**. Rio de Janeiro. Outubro de 2011. Acessado em: 08/01/2013. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf.

CUNHA, M. A. O.; MORAIS, H. M. M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a24.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

DANILOW, M. Z. et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.**, v. 18, n. 1, p. 9-16, 2007. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2007Vol18_1art01perfil.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

DONABEDIAN, Avedis. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México D.F.; Fondo de Cultura económica; 1988. 772 p. ilus. (**Clásicos de la Salud**).

DUCA, G. F. D.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 113-20, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/2010nahead/1913.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

ELLIS, G. et al. Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005066.pub2/full>. Acessado em: 27/07/2012.

FERNANDES, M. D. G. M.; SANTOS, S. R. D. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo, **Departamento de Enfermagem-DEMCA da UFPB** 2006. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

FERREIRA, Á. R. S. Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil. 2000-2015. **Dissertação de Mestrado em Demografia UFMG/Cedeplar**, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1624.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

FERREIRA, A.R.S.; WONG, L.R. Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015. Trabalho apresentado no **III Congresso da Associação Latino Americana de População**, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Setembro de 2008. Disponível em: http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_293.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, Agosto 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n4/13.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Setembro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/16.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, Out-Dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

GOTTEMS ET AL. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/23.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

GROSSI, Patrícia, GUILAMELON, Lucimari e HILLEBRAND, Marinez. Enfrentando o burnout de cuidadores de idosos: uma estratégia para a prevenção da violência. In: BULLA, Leonia Capaverde e ARGIMON, Irani. Convivendo com o Familiar Idoso. **POA: EDIPUCRS**, 2009 (no prelo).

HIRSCH-FIELD M. A prática de home care cresce em todo mundo. **Notícias Hospitalares** [periódico na Internet] 2002. mar 01];3(35). 2002. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/noticias/mar2002/pgs/>. Acessado em: 27/07/2012.

HODGKINSON, B. et al. Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care settings on patient and staff outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2011. Disponível em: <http://summaries.cochrane.org/CD006563/effectiveness-of-staffing-models-in-residentialsubacuteextended-aged-care-settings>. Acessado em: 27/07/2012.

HOGA, L. A. K. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, Fevereiro 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_17.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

HUGHES, S. L. et al. Eficácia da equipe de gestão de cuidados domiciliários principais: um estudo multicêntrico randomizado. **JAMA**, v. 284, n. 22, p. 2877-2885, 2000. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/284/22/2877.full.pdf+html>. Acessado em: 27/07/2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese das Etapas da Pesquisa**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/download/sintese/sintese_censo2010_portugues.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. **Resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/cento2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

JULIANO, Ester Feche Guimarães de Arruda et al. Racionalidade e saberes para a universalização do saneamento em áreas de vulnerabilidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100020&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100020>.

KERBERa, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. Ra. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, Março 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

KERBERb, N. P. D. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. Rb. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. **Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, Junho 2008. Disponível em: <http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1165/1/Vinculo%20e%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20usu%C3%A1rios%20idosos%20com%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o%20domicili%C3%A1ria.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S.; RIBEIRO, J. M. Reforma Sanitária e reorganização dos sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. Tese de doutorado. **Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.**, Rio de Janeiro, Maio 2000. Disponível em: <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

LOURENÇO, R. A. E. A. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, Abril 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n2/24058.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al . Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-9., Abril 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a23v64n2.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. D. F.; LIMA, L. D. D. VII Seminário do Projeto Integralidade “Razões Públicas para Integralidade em Saúde: o cuidado como valor”. **IMS/UERJ**, Rio de Janeiro, Novembro 2007. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/download/viiseminario/cristianivieira28112007.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Acessado em: 30/01/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>

MARTINS, P. C. E. A.. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a07v19n3.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

MEDRONHO, R.A. Estudos ecológicos. In: Medronho RA et al. Epidemiologia. São Paulo: **Atheneu**. p.265-274. Setembro, 2008.

MENDES W.; MARTINS M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care** 2009; 21: 279–84. Acessado em: 27/02/2013 Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf+html>

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al . Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>.

MENDES, E.V. - A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Villaça. Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Maio de 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_D_E_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Agosto 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2ª. ed. Brasília: [s.n.], v. p. 549, 2011. Disponível em: http://www.portalconass.org.br/publicacoes/livro_redes_mendes.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

MENDONÇA, M. B. D. Políticas do Ministério da Previdência e Assistência Social. **Palestra**, 1999. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias/subindex.cfm?Referencia=2911&ID=66&ParamEnd=6&autor=2918>. Acessado em: 27/07/2012.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. Plano Nacional de Saneamento Básico - PLANSAB (Proposta de Plano). **Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental**. Brasília, abril de 2011. Disponível em: http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNSA/PlanSaB/Proposta_Plansab_11-08-01.pdf. Acessado em:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diagnóstico dos processos de formação de cuidadores de idosos no município de Montes Claros/MG. Centro de Ensino Médio e Fundamental – UEMC. Escola Técnica de Saúde. Estação de Pesquisa Atividade referente ao Plano Diretor 2008/2009. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS**, Montes Claros, Julho 2009. Disponível em: http://www.unirondon.br/ebook/enfermagem/relatorio_gestao_decit_2007.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

MONTGOMERY, P.; MAYO-WILSON, E.; DENNIS, J. Asistencia personal para adultos mayores de 65 años sin demencia. **Biblioteca Cochrane Plus**, v. 2, 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006855.pub2/abstract;jsessionid=47D86598AA64A1F7044062AA9FA8618F.d01t02?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+3+Mar+from+10-13+GMT+for+monthly+maintenance>. Acessado em: 27/07/2012.

MORSCH, P.; BORDIN, R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, Sul do Brasil. **Rev HCPA**, v. 29, n. 3, p. 200-204, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/9974/6927>. Acessado em: 27/07/2012.

NUNES, M. B. G.; MAURO, C. D. N. S. R.; CHAVES, M. Y. Estudo das políticas de proteção as pessoas da terceira idade no Brasil. **Artigos Doutrinários**, 2003. Disponível em: <http://direitodoidoso.braslink.com/01/artigo011.html>. Acessado em: 27/07/2012.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800023&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800023>.

OLIVEIRA, T. A.; CASTRO, E. B. A.; RIBEIRO, L. C.. O modelo de assistência domiciliar no sistema público de saúde: implicações ao Estado, profissionais e usuário. **Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem)**, Juiz de Fora, julho 2010.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde, Brasília, v. 02, n. 08, p. 60, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

OPAS. Reunion de alto nivel de la asamblea general de naciones unidas. **Informacion sobre enfermedades cronicas**. [S.l.]: [s.n.]. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/15_descripcion_la_cumbre.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

PAIM, J. ET AL. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, maio 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, dezembro 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a07.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32333.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

PEREIRA, M. J. B. et al. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1001-10, Dezembro 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a13.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

PERELMAN, Julian; FERNANDES, Ana; MATEUS, Céu. Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400012>

PERROCA, M.; EK, A.-C. Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 851-858, Dezembro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a02.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival; SARTI, Flávia Mori. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100015&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100015>.

PROTTI, S. T.; PALHA, P. F. A saúde do Idoso sob a ótica da Equipe do Programa de Saúde da Família. **Dissertação de mestrado**, Ribeirão preto, 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28092004-134633/pt-br.php>. Acessado em: 27/07/2012.

ROSSETTO MAZZA, M. M. P. O cuidado em família sob o Olhar do Idoso. São Paulo Faculdade de Saúde Pública da USP, **Tese de Doutorado**, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09062008-101552/pt-br.php>. Acessado em: 27/07/2012.

SALES, F.M; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(3): 495-502; Jul-Set; 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/a16v16n3.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 13(2):361-7. abr/jun; 2011. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10170/9644>. Acessado em: 27/07/2012.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/8014/5797>. Acessado em: 27/07/2012.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 855-863, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a17v16s1.pdf> . Acessado em: 27/07/2012.

SANTOS, T. S.; MALAGRIS, L. E. N. Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping. **Dissertação de Mestrado** - UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://teses.ufrj.br/ip_m/tamasouzasantos.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

SARMENTO, D. O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. In: **Daniel Sarmento (coord.)**, Filosofia e teoria constitucional contemporânea, 2009, p. 116. Disponível em: <http://www.danielsarmento.com.br/wp-content/uploads/2012/09/O-Neoconstitucionalismo-no-Brasil.pdf> . Acessado em: 09/01/2013

SCHMIDT, M. I. et al. Doencas crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Maio 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. G. Cuidador domiciliar do idoso: cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**, Porto Alegre, p. 102, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10984/000603489.pdf?sequence=1>. Acessado em: 27/07/2012.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>.

SHEPPERD, S. et al. Atención domiciliar para evitar los ingresos al hospital. **Biblioteca Cochrane Plus**, v. 4, 2008. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD007491>. Acessado em: 27/07/2012.

SHEPPERD, S. et al. Hospital domiciliario para el alta temprana. **Biblioteca Cochrane Plus**, v. 2, 2009. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000356>. Acessado em: 27/07/2012.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.2, p.150-154, mar.-abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a04v60n2.pdf>>. Acesso em: 10/03/2013.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-76 , 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

SILVA, K.L. ET AL. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

SILVA, L. R. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 618-625, Abril 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/32.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

SMITH, J. et al. Información para pacientes con un accidente cerebrovascular y sus cuidadores. **Biblioteca Cochrane Plus**, v. 4, 2008. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001919>. Acessado em: 27/07/2012.

STELMAKE, L. L.; NOGUEIRA, V. M. R. O cuidado domiciliar na política nacional de saúde. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 148 - 171, Dezembro 2010. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo08_13.pdf. Acessado em: 27/07/2012.

TELAROLLI, R. J.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 485-98, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n5/5103.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1102-111, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1961.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, June 2002. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, Dec. 1990. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000600002>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF). Relatório executivo do diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora. **Centro de Pesquisas sociais**. Pró-reitoria de extensão. Universidade Federal de Juiz de Fora. 20 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.ufjf.br/secom/files/2012/12/Relatorio-executivo-Diag-Pop-Idosa-JF.pdf>. Acessado em: 03/01/2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 3, n. 43, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 23, n. 1, Junho, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acessado em: 27/07/2012.

ANEXO 1

| | | | | | | |
|--|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Censo Demográfico 2010 CD 2010 Questionário da Amostra | | MUNICÍPIO: <input type="text"/> POSTO DE COLETA: <input type="text"/> | | | | |
| 1 IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO | | | | | | |
| 1.01 UF | 1.02 MUNICÍPIO | 1.03 DISTRITO | 1.04 SUBDISTRITO | 1.05 SETOR | 1.06 Nº DA QUADRA | 1.07 Nº DA FACE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| LOCALIDADE: | | | | CEP: | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | |
| LOGRADOURO: (Endereço completo) | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | |
| ESPÉCIES DE DOMICÍLIO OCUPADO | | | | | | |
| 1.08 <input type="checkbox"/> 1 - DOMICÍLIO PARTICULAR PERMANENTE OCUPADO <input type="checkbox"/> 6 - DOMICÍLIO COLETIVO COM MORADOR <input type="checkbox"/> 5 - DOMICÍLIO PARTICULAR IMPROVISADO OCUPADO | | | | | | |
| Siga 1.09 | | | | | | |
| TIPO | | | | | | |
| 1.09 <input type="checkbox"/> 11 - CASA <input type="checkbox"/> 53 - OUTRO (VAGÃO, TRAILER, GRUTA, ETC.) <input type="checkbox"/> 12 - CASA DE VILA OU EM CONDOMÍNIO <input type="checkbox"/> 61 - ASILO, ORFANATO E SIMILARES COM MORADOR <input type="checkbox"/> 13 - APARTAMENTO <input type="checkbox"/> 62 - HOTEL, PENSÃO E SIMILARES COM MORADOR <input type="checkbox"/> 14 - HABITAÇÃO EM: CASA DE CÔMODOS, CORTIÇO OU CABEÇA DE PORCO <input type="checkbox"/> 63 - ALOJAMENTO DE TRABALHADORES COM MORADOR <input type="checkbox"/> 15 - OCA OU MALOCA <input type="checkbox"/> 64 - PENITENCIÁRIA, PRESÍDIO OU CASA DE DETENÇÃO COM MORADOR <input type="checkbox"/> 61 - TENDA OU BARRACA <input type="checkbox"/> 65 - OUTRO MORADOR <input type="checkbox"/> 62 - DENTRO DO ESTABELECIMENTO | | | | | | |
| Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas. Se código 1 no quesito 1.08, siga para o quesito 2.01 Se código 5 no quesito 1.08, siga para o quesito 3.01 Se código 6 no quesito 1.08, siga para o quesito 4.01 | | | | | | |
| 2 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES OCUPADOS CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO | | | | | | |
| 2.01 - ESTE DOMICÍLIO É: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - JÁ PAGO <input type="checkbox"/> 4 - CEDIDO POR EMPREGADOR <input type="checkbox"/> 2 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - AINDA PAGANDO <input type="checkbox"/> 5 - CEDIDO DE OUTRA FORMA <input type="checkbox"/> 3 - ALUGADO <input type="checkbox"/> 6 - OUTRA CONDIÇÃO | | | | | | |
| 2.011 - VALOR DO ALUGUEL R\$ <input type="text"/> ,00 | | | | | | |
| Siga 2.02 | | | | | | |
| 2.02 - O MATERIAL PREDOMINANTE NAS PAREDES EXTERNAS É: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - ALVENARIA COM REVESTIMENTO <input type="checkbox"/> 4 - TAIPA REVESTIDA <input type="checkbox"/> 7 - PALHA <input type="checkbox"/> 2 - ALVENARIA SEM REVESTIMENTO <input type="checkbox"/> 5 - TAIPA NÃO REVESTIDA <input type="checkbox"/> 8 - OUTRO MATERIAL <input type="checkbox"/> 3 - MADEIRA APROPRIADA PARA CONSTRUÇÃO (APARELHADA) <input type="checkbox"/> 6 - MADEIRA APROVEITADA <input type="checkbox"/> 9 - SEM PAREDE | | | | | | |
| Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas. | | | | | | |
| Siga 2.03 | | | | | | |
| 2.03 - QUANTOS CÔMODOS EXISTEM NESTE DOMICÍLIO? (Inclusive banheiro e cozinha) | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | |
| (Não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais) | | | | | | |
| Siga 2.04 | | | | | | |

| | |
|--|--|
| <p>2.04 - QUANTOS CÔMODO(S) SERVEM DE DORMITÓRIO PARA OS MORADORES?</p> <p><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Siga 2.05</p> | <p>2.05 - QUANTOS BANHEIROS DE USO EXCLUSIVO DOS MORADORES EXISTEM NESTE DOMICÍLIO? (Inclusive os localizados no terreno ou na propriedade)</p> <p><input type="text" value="1"/> BANHEIROS COM CHUVEIRO (OU BANHEIRA) E VASO SANITÁRIO (OU PRIVADA)</p> <p>(Se 9 ou mais de 9, registre 9. Se não existir registre 0 (zero)) (Se 0 (zero) siga 2.06. Caso contrário, passe ao 2.07)</p> |
| <p>2.06 - UTILIZA SANITÁRIO OU BURACO PARA DEJEIÇÕES, INCLUSIVE OS LOCALIZADOS NO TERRENO OU NA PROPRIEDADE? (Cercado por paredes de qualquer material)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM (Siga 2.07) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 2.08)</p> <p>Obs.: Dependendo da região do país, sanitário pode ser conhecido como: casinha, patente, latrina, privada, sentina, retrete, casa-de-força, cambone</p> | |
| <p>2.07 - O ESGOTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO É LANÇADO (JOGADO) EM:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL <input type="checkbox"/> 3 - FOSSA RUDIMENTAR <input type="checkbox"/> 5 - RIO, LAGO OU MAR</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - FOSSA SÉPTICA <input type="checkbox"/> 4 - VALA <input type="checkbox"/> 6 - OUTRO</p> <p>Siga 2.08</p> | |
| <p>2.08 - A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO <input type="checkbox"/> 5 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA <input type="checkbox"/> 8 - OUTRA</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE <input type="checkbox"/> 6 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA <input type="checkbox"/> 9 - POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE <input type="checkbox"/> 7 - RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS <input type="checkbox"/> 10 - POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - CARRO-PIPA</p> <p>Obs.: As categorias em negrito só foram disponibilizadas em setores de terras indígenas.</p> <p>Siga 2.09</p> | |
| <p>2.09 - NESTE DOMICÍLIO EXISTE ÁGUA CANALIZADA (ENCANADA)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM, EM PELO MENOS UM CÔMODO <input type="checkbox"/> 2 - SIM, SÓ NA PROPRIEDADE OU TERRENO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO</p> <p>Siga 2.10</p> | |
| <p>2.10 - O LIXO DESTA DOMICÍLIO É:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA <input type="checkbox"/> 4 - ENTERRADO (Na propriedade) <input type="checkbox"/> 6 - JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA <input type="checkbox"/> 5 - JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO <input type="checkbox"/> 7 - TEM OUTRO DESTINO</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - QUEIMADO (Na propriedade)</p> <p>Siga 2.11</p> | |
| <p>2.11 - EXISTE ENERGIA ELÉTRICA NO DOMICÍLIO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA → (Siga 2.12) <input type="checkbox"/> 2 - SIM, DE OUTRAS FONTES → (Passe ao 2.13) <input type="checkbox"/> 3 - NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA → (Passe ao 2.13)</p> | |
| <p>2.12 - EXISTE MEDIDOR OU RELÓGIO NO DOMICÍLIO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM, DE USO EXCLUSIVO <input type="checkbox"/> 2 - SIM, DE USO COMUM <input type="checkbox"/> 3 - NÃO TEM MEDIDOR OU RELÓGIO</p> <p>Siga 2.13</p> | |
| <p>NESTE DOMICÍLIO EXISTE:</p> <p>2.13 - RÁDIO (Inclusive integrado a outro tipo de aparelho)? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.14</p> <p>2.14 - TELEVISÃO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.15</p> <p>2.15 - MÁQ. DE LAVAR ROUPA? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Não considerar tanquinho) Siga 2.16</p> <p>2.16 - GELADEIRA? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.17</p> <p>2.17 - TELEFONE CELULAR? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.18</p> <p>2.18 - TELEFONE FIXO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.19</p> <p>2.19 - MICROCOMPUTADOR? <input type="checkbox"/> 1 - SIM (Siga 2.20) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 2.21)</p> <p>2.20 - MICROCOMPUTADOR COM ACESSO À INTERNET? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.21</p> <p>2.21 - MOTOCICLETA PARA USO PARTICULAR? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 2.22</p> <p>2.22 - AUTOMÓVEL PARA USO PARTICULAR? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 3.01</p> | |

| 6 | | CARACTERÍSTICAS DO MORADOR | |
|--|--|--|---|
| 6.00 - NOME DA PESSOA | | | |
| | | | Siga 6.01 |
| 6.01 - SEXO | | 6.02 - QUAL É O MÊS E O ANO DO SEU NASCIMENTO? | |
| <input type="checkbox"/> 1 - MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 - FEMININO Siga 6.02 | | <input type="text"/> 6.021 - MÊS <input type="text"/> 6.022 - ANO (Se mês ou ano em branco, siga 6.03) (Se mês e ano preenchidos, passe ao 6.04) | |
| 6.03 - QUAL ERA A SUA IDADE EM 31 DE JULHO DE 2010? | | | |
| 6.031 - UM ANO OU MAIS | | 6.032 - MENOS DE UM ANO | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> MESES | |
| Siga 6.04 | | | |
| 6.04 - TEM MÃE VIVA? (considere apenas mãe biológica) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM E MORA NESTE DOMICÍLIO (Siga 6.05) <input type="checkbox"/> 2 - SIM E MORA EM OUTRO DOMICÍLIO (Passe ao 6.06) <input type="checkbox"/> 3 - NÃO (Passe ao 6.06) <input type="checkbox"/> 4 - NÃO SABE (Passe ao 6.06) | | | |
| 6.05 - NOME DA MÃE DO MORADOR | | | |
| | | | Siga 6.06 |
| 6.06 - A SUA COR OU RAÇA É: | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA (Passe ao 6.08) | | | |
| (Se terra indígena no tipo de setor e códigos 1 a 4 neste quesito, siga 6.07) (Se Tipo de setor diferente de terra indígena e códigos 1 a 4 neste quesito, passe ao 6.12) | | | |
| 6.07 - VOCÊ SE CONSIDERA INDÍGENA? | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM (Siga 6.08) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 6.12) | | | |
| 6.08 - QUAL É A SUA ETNIA OU O POVO A QUE PERTENCE? | | | |
| | | | Siga 6.09 |
| 6.09 - FALA LÍNGUA INDÍGENA NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM (Siga 6.10) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 6.11) | | | |
| 6.10 - QUAL(ES)? (ESPECIFIQUE A(S) LÍNGUA(S) INDÍGENA(S) - ATÉ DOIS REGISTROS) | | | |
| 6101 | | | |
| 6103 | | | |
| Siga 6.11 | | | |
| 6.11 - FALA PORTUGUÊS NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO | | | |
| Siga 6.12 | | | |
| 6.12 - QUAL É A SUA RELIGIÃO OU CULTO? | | | |
| | | | (Se tem até 10 anos de idade, siga 6.13. Caso contrário, passe ao 6.14) |
| PARA PESSOAS COM ATÉ 10 ANOS DE IDADE | | | |
| 6.13 - TEM REGISTRO DE NASCIMENTO: | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - DO CARTÓRIO <input type="checkbox"/> 2 - DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO (DNV) DO HOSPITAL OU DA MATERNIDADE <input type="checkbox"/> 3 - REGISTRO ADMINISTRATIVO DE NASCIMENTO INDÍGENA(RANI) (Somente para aquele que se declarar ou se considerar indígena) <input type="checkbox"/> 4 - NÃO TEM <input type="checkbox"/> 5 - NÃO SABE | | | |
| Siga 6.14 | | | |
| DEFICIÊNCIA - PARA TODAS AS PESSOAS | | | |
| 6.14 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE ENXERGAR? (SE UTILIZA ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO OS ESTIVER UTILIZANDO) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM <input type="checkbox"/> 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE | | | |
| Siga 6.15 | | | |
| 6.15 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE OUVIR? (SE UTILIZA APARELHO AUDITIVO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM <input type="checkbox"/> 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE | | | |
| Siga 6.16 | | | |
| 6.16 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE CAMINHAR OU SUBIR DEGRAUS? (SE UTILIZA PRÓTESE, BENGALA OU APARELHO AUXILIAR, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM <input type="checkbox"/> 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE <input type="checkbox"/> 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE | | | |
| Siga 6.17 | | | |
| 6.17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA MENTAL/INTELLECTUAL PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS, COMO TRABALHAR, IR À ESCOLA, BRINCAR, ETC.? | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 - SIM, <input type="checkbox"/> 2 - NÃO | | | |
| Siga 6.18 | | | |

| MIGRAÇÃO INTERNA E IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL | |
|--|--|
| <p>6.18 - NASCEU NESTE MUNICÍPIO?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM E SEMPRE MOROU (Se 5 anos ou mais de idade, passe 6.27. Caso contrário, passe ao 6.28) <input type="checkbox"/> 2 - SIM MAS MOROU EM OUTRO MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO (Passe ao 6.23) <input type="checkbox"/> 3 - NÃO (Siga 6.19)</p> | |
| <p>6.19 - NASCEU NESTA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM, E SEMPRE MOROU (Passe ao 6.24) <input type="checkbox"/> 2 - SIM, MAS MOROU EM OUTRA UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU PAÍS ESTRANGEIRO (Passe 6.23) <input type="checkbox"/> 3 - NÃO (Siga 6.20)</p> | |
| <p>6.20 - QUAL É A SUA NACIONALIDADE?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - BRASILEIRO NATO (Passe ao 6.22) <input type="checkbox"/> 2 - NATURALIZADO BRASILEIRO (Siga 6.21) <input type="checkbox"/> 3 - ESTRANGEIRO (Siga 6.21)</p> | |
| <p>6.21 - EM QUE ANO FIXOU RESIDÊNCIA NO BRASIL?</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO Siga 6.22 </p> | <p>6.22 - QUAL É A UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) OU PAÍS ESTRANGEIRO DE NASCIMENTO?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO <input type="checkbox"/> 2 - PAÍS ESTRANGEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.221 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.223 - PAÍS ESTRANGEIRO Siga 6.23 </p> |
| <p>6.23 - HÁ QUANTO TEMPO MORA SEM INTERRUÇÃO NESTA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO)? (SE INFERIOR A 1 ANO, REGISTRE ZERO)</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Siga 6.24 </p> | <p>6.24 - HÁ QUANTO TEMPO MORA SEM INTERRUÇÃO NESTE MUNICÍPIO? (SE INFERIOR A 1 ANO, REGISTRE ZERO)</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÚMERO DE ANOS (Se mora há menos de 10 anos, siga 6.25.) (Se mora há 10 anos ou mais e tem 5 anos ou mais de idade, passe ao 6.27) (Caso contrário, passe ao 6.28) </p> |
| <p>6.25 - EM QUE UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) E MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO MORAVA ANTES DE MUDAR-SE PARA ESTE MUNICÍPIO?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO/MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> 2 - PAÍS ESTRANGEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.251 - UF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.255 - PAÍS ESTRANGEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.253 - MUNICÍPIO (Se no quesito 6.24 mora há menos de 5 anos e tem 5 anos ou mais de idade, siga 6.26) (Se no quesito 6.24 mora há 5 anos ou mais e tem 5 anos ou mais de idade, passe ao 6.27) (Se tiver menos de 5 anos de idade, passe ao 6.28) </p> | |
| <p>6.26 - EM QUE UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) E MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO MORAVA EM 31 DE JULHO DE 2005?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO/MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> 2 - PAÍS ESTRANGEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.261 - UF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.265 - PAÍS ESTRANGEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6.263 - MUNICÍPIO (Se tem 5 anos ou mais de idade, siga 6.27. Caso contrário, passe ao 6.28) </p> | |
| EDUCAÇÃO | |
| PARA PESSOA DE 5 ANOS OU MAIS DE IDADE | |
| <p>6.27 - SABE LER E ESCRIVER?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 6.28</p> | |
| PARA TODAS AS PESSOAS | |
| <p>6.28 - FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 - SIM, PÚBLICA <input type="checkbox"/> 2 - SIM, PARTICULAR <input type="checkbox"/> 3 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (Passe ao 6.33) <input type="checkbox"/> 4 - NÃO, NUNCA FREQUENTOU (Se tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70) (Siga 6.29) </p> | |
| PARA PESSOA QUE FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE | |
| <p>6.29 - QUAL É O CURSO QUE FREQUENTA?</p> <p> <input type="checkbox"/> 01 - CRECHE <input type="checkbox"/> 07 - REGULAR DO ENSINO MÉDIO (Passe ao 6.31) <input type="checkbox"/> 02 - PRÉ-ESCOLAR (MATERNAL E JARDIM DE INFÂNCIA) <input type="checkbox"/> 08 - EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA - OU SUPLETIVO DO ENSINO MÉDIO (Passe ao 6.36) <input type="checkbox"/> 03 - CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA <input type="checkbox"/> 09 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO (Passe ao 6.32) <input type="checkbox"/> 04 - ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS <input type="checkbox"/> 10 - ESPECIALIZAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR (MÍNIMO DE 360 HORAS) <input type="checkbox"/> 05 - REGULAR DO ENSINO FUNDAMENTAL (Siga 6.30) <input type="checkbox"/> 11 - MESTRADO (Passe ao 6.35) <input type="checkbox"/> 06 - EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA - OU SUPLETIVO DO ENSINO FUNDAMENTAL (Passe ao 6.36) <input type="checkbox"/> 12 - DOUTORADO </p> | |

| | |
|---|--|
| 6.30 - QUAL É A SÉRIE/ANO QUE FREQUENTA? <input type="checkbox"/> 01 - PRIMEIRO ANO <input type="checkbox"/> 02 - PRIMEIRA SÉRIE/SEGUNDO ANO <input type="checkbox"/> 03 - SEGUNDA SÉRIE/TERCEIRO ANO <input type="checkbox"/> 04 - TERCEIRA SÉRIE/QUARTO ANO <input type="checkbox"/> 05 - QUARTA SÉRIE/QUINTO ANO <input type="checkbox"/> 06 - QUINTA SÉRIE/SEXTO ANO <input type="checkbox"/> 07 - SEXTA SÉRIE/SETIMO ANO <input type="checkbox"/> 08 - SÉTIMA SÉRIE/OITAVO ANO <input type="checkbox"/> 09 - OITAVA SÉRIE/NONO ANO <input type="checkbox"/> 10 - CURSO NÃO SERIADO <p style="text-align: center;">Passe ao 6.36</p> | |
| 6.31 - QUAL É A SÉRIE QUE FREQUENTA? <input type="checkbox"/> 1 - PRIMEIRA SÉRIE <input type="checkbox"/> 2 - SEGUNDA SÉRIE <input type="checkbox"/> 3 - TERCEIRA SÉRIE <input type="checkbox"/> 4 - QUARTA SÉRIE <input type="checkbox"/> 5 - CURSO NÃO SERIADO <p style="text-align: center;">Passe ao 6.36</p> | |
| 6.32 - JÁ CONCLUIU OUTRO CURSO SUPERIOR DE GRADUAÇÃO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM (Passe ao 6.36) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 6.36) | |
| PARA PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE, MAS JÁ FREQUENTOU | |
| 6.33 - QUAL FOI O CURSO DE NÍVEL MAIS ELEVADO QUE FREQUENTOU? <input type="checkbox"/> 01 - CRECHE, PRÉ-ESCOLAR (MATERNAL E JARDIM DE INFÂNCIA), CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA <input type="checkbox"/> 02 - ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS <input type="checkbox"/> 03 - ANTIGO PRIMÁRIO (ELEMENTAR) <input type="checkbox"/> 04 - ANTIGO GINÁSIO (MÉDIO 1º CICLO) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p>REGULAR DO ENSINO FUNDAMENTAL OU 1º GRAU</p> <input type="checkbox"/> 05 - (da 1ª a 3ª série/do 1º ao 4º ano) <input type="checkbox"/> 06 - (4ª série/5º ano) <input type="checkbox"/> 07 - (da 6ª a 8ª série/do 6º ao 8º ano) <input type="checkbox"/> 08 - SUPLETIVO DO ENSINO FUNDAMENTAL OU DO 1º GRAU <input type="checkbox"/> 09 - ANTIGO CIENTÍFICO, CLÁSSICO, ETC... (MÉDIO 2º CICLO) <input type="checkbox"/> 10 - REGULAR OU SUPLETIVO DO ENSINO MÉDIO OU DO 2º GRAU <input type="checkbox"/> 11 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> 12 - ESPECIALIZAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR (MÍNIMO DE 360 HORAS) <input type="checkbox"/> 13 - MESTRADO <input type="checkbox"/> 14 - DOUTORADO </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>(Siga 6.34)</p> <p>(Se tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37) (Se tem menos de 10 anos de idade, passe ao 6.70)</p> <p>(Siga 6.34)</p> </div> </div> | |
| 6.34 - CONCLUIU ESTE CURSO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <p style="font-size: small;">(Se códigos 12; 13 ou 14 no quesito 6.33, siga 6.35) (Se código 11 no quesito 6.33 e código 1 neste quesito, siga 6.35) (Se código 11 no quesito 6.33 e código 2 neste quesito, passe ao 6.37) (Se códigos de 01 a 10 no quesito 6.33 e tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37) (Se códigos de 01 a 10 no quesito 6.33 e tem menos de 10 anos de idade, passe ao 6.70)</p> | |
| 6.35 - QUAL É A ESPÉCIE DO CURSO MAIS ELEVADO QUE CONCLUIU? <input type="checkbox"/> 1 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> 2 - MESTRADO <input type="checkbox"/> 3 - DOUTORADO <p>6.351 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>6.353 - MESTRADO <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>6.355 - DOUTORADO <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Se código 1 ou 2 no quesito 6.28, siga 6.36. Caso contrário, passe ao 6.37)</p> | |
| DESLOCAMENTO PARA ESTUDO (PARA A PESSOA QUE FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE) | |
| 6.36 - EM QUE MUNICÍPIO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU PAÍS ESTRANGEIRO FREQUENTA ESCOLA (OU CRECHE)? <input type="checkbox"/> 1 - NESTE MUNICÍPIO - (Se tem 10 anos ou mais de idade, Passe ao 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70) <input type="checkbox"/> 2 - EM OUTRO MUNICÍPIO <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> 3 - EM PAÍS ESTRANGEIRO </div> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 15%; text-align: center;">6.363 - MUNICÍPIO</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 15%; text-align: center;">6.365 - PAÍS ESTRANGEIRO</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Se tem 10 anos ou mais de idade, siga 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70)</p> | |

| | | |
|---|--|---|
| 6.45 - NESSE TRABALHO ERA: <input type="checkbox"/> 01 - EMPREGADO COM CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA <input type="checkbox"/> 02 - MILITAR DO EXÉRCITO, MARINHA, AERONÁUTICA, POLÍCIA MILITAR OU CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> 03 - EMPREGADO PELO REGIME JURÍDICO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> 04 - EMPREGADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA <input type="checkbox"/> 05 - CONTA PRÓPRIA <input type="checkbox"/> 06 - EMPREGADOR (Siga 6.49) <input type="checkbox"/> 07 - NÃO-REMUNERADO - (Se código 1 no quesito 6.45, passe ao 6.53) (Se código 2 no quesito 6.45, passe ao 6.50) | | (Passe ao 6.51) |
| 6.49 - QUANTAS PESSOAS EMPREGAVA NESSE TRABALHO? <input type="checkbox"/> 1 - (1 A 5 PESSOAS) <input type="checkbox"/> 2 - (6 OU MAIS PESSOAS) Siga 6.50 | | |
| 6.50 - ERA CONTRIBUINTE DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL EM ALGUM TRABALHO QUE TINHA NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010? <input type="checkbox"/> 1 - SIM, NO TRABALHO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> 2 - SIM, EM OUTRO TRABALHO <input type="checkbox"/> 3 - NÃO Siga 6.51 | | |
| 6.51 - NO TRABALHO PRINCIPAL, QUAL ERA O RENDIMENTO BRUTO (OU A RETIRADA) MENSAL QUE GANHAVA HABITUALMENTE EM JULHO DE 2010? <input type="checkbox"/> 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS <input type="checkbox"/> 2 - SOMENTE EM BENEFÍCIOS (Moradia, alimentação, treinamento, etc.) <input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM 6.511 - R\$ _____,00 (Se código 1 no quesito 6.45, passe ao 6.53. Se código 2 no quesito 6.45, siga 6.52) | | |
| 6.52 - NOS DEMAIS TRABALHOS, QUAL ERA O RENDIMENTO BRUTO (OU A RETIRADA) MENSAL QUE GANHAVA HABITUALMENTE EM JULHO DE 2010? <input type="checkbox"/> 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS <input type="checkbox"/> 2 - SOMENTE EM BENEFÍCIOS (Moradia, alimentação, treinamento, etc.) <input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM 6.521 - R\$ _____,00 Siga 6.53 | | |
| 6.53 - NO TRABALHO PRINCIPAL, QUANTAS HORAS TRABALHAVA HABITUALMENTE POR SEMANA? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> HORAS Passe ao 6.56 | | |
| 6.54 - NO PERÍODO DE 02 A 31 DE JULHO DE 2010 TOMOU ALGUMA PROVIDÊNCIA, DE FATO, PARA CONSEGUIR TRABALHO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM (Siga 6.55) <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Passe ao 6.56) | | |
| 6.55 - SE TIVESSE CONSEGUIDO TRABALHO, ESTARIA DISPONÍVEL PARA ASSUMIR-LO NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 6.56 | | |
| EM JULHO DE 2010, TINHA RENDIMENTO MENSAL HABITUAL DE: | | |
| 6.56 - APOSENTADORIA OU PENSÃO DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL (FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL)? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 6.57 | | |
| 6.57 - PROGRAMA SOCIAL BOLSA-FAMÍLIA OU PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL - PETI? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 6.58 | | |
| 6.58 - RENDIMENTO DE OUTROS PROGRAMAS SOCIAIS OU DE TRANSFERÊNCIAS? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO Siga 6.59 | | BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC/LOAS, DOAÇÃO OU MESADA DE NÃO MORADOR DO DOMÍLIO, PENSÃO ALIMENTÍCIA, SEGURO DESEMPREGO, BOLSA DE ESTUDO, OUTROS PROGRAMAS, ETC. |
| 6.59 - OUTRAS FONTES (JUROS DE POUPANÇA, APLICAÇÕES FINANCEIRAS, ALUGUEL, PENSÃO OU APOSENTADORIA DE PREVIDÊNCIA PRIVADA, ETC.) <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO (Se do quesito 6.56 ao 6.59 houve pelo menos uma resposta "Sim", Siga 6.591. Caso contrário, veja comandos abaixo) | | |
| 6.591 - EM JULHO DE 2010 QUAL FOI O VALOR TOTAL DESTES RENDIMENTO(S)? R\$ _____,00 (Se assinalou código 1 ou 2 no quesito 6.45, siga 6.60) (Se assinalou código 1 no quesito 6.44, siga 6.60) (Caso contrário, se for mulher, passe ao 6.63. Se for homem, passe ao 6.70) | | |

ANEXO 2 – parte 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Assistência domiciliar no SUS: reflexões sobre as condições dos domicílios e o acesso à serviços de saúde para a população idosa de Juiz de Fora (MG).

Pesquisador: Tatiane Almeida de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10270012.0.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 189.017

Data da Relatoria: 24/01/2013

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o o estudo proposto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos bem definidos e em consonância com a metodologia adotada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo esta bem delineado e fundamentado e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 196/96 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de acordo com a especificidade da pesquisa.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res.CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 2 – parte 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 25 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br