

Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados

Prevalence of home care and associated factors in the Brazilian elderly population

Prevalencia de la asistencia domiciliar prestada a la población de la tercera edad brasileña y factores asociados

Louriele Soares Wachs ¹
Bruno Pereira Nunes ¹
Mariangela Uhlmann Soares ¹
Luiz Augusto Facchini ¹
Elaine Thumé ¹

Resumo

Avaliar a prevalência e os fatores associados à assistência domiciliar na população idosa brasileira. Estudo transversal de base populacional com indivíduos de 60 anos ou mais, residentes na área urbana de 100 municípios, localizados em 23 estados brasileiros. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson para análise bruta e ajustada. Foram entrevistados 6.624 idosos e a prevalência da assistência domiciliar foi de 11,7%. Após ajuste, a ocorrência foi maior entre as mulheres, nos mais velhos, com menor escolaridade e poder aquisitivo, com diagnóstico de morbidade crônica, história de queda, hospitalização prévia e consulta médica nos últimos três meses. Os resultados destacam a maior utilização da assistência domiciliar por idosos mais vulneráveis. Esse achado indica uma contribuição da assistência domiciliar à promoção da equidade na atenção à saúde no país, principalmente em decorrência da expansão da Estratégia Saúde da Família. Os resultados podem subsidiar a organização do processo de trabalho de profissionais e gestores na atenção básica à saúde.

Assistência Domiciliar; Serviços de Saúde; Idoso

¹ Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

L. S. Wachs
Rua São Francisco 296,
Pelotas, RS 96065-470, Brasil.
louriele@gmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional interfere na economia do país, nas relações sociais e na política de saúde. As transições demográfica e epidemiológica têm suscitado debate na busca de alternativas de cuidado à saúde de um número crescente de idosos ¹, e a reorganização dos serviços de saúde resgata o domicílio como ambiente terapêutico ².

O sistema de saúde brasileiro atende a uma população com diversidade socioeconômica, exigindo decisões eficazes perante problemas de saúde complexos. Para auxiliar no planejamento das ações de saúde, a necessidade de informações sobre a prevalência dos problemas de saúde, a cobertura da assistência prestada e a satisfação dos usuários são cada vez mais valorizadas ³.

O cuidado à população que envelhece representa um extraordinário desafio para os sistemas de saúde. Estudos realizados na última década destacaram os fatores associados ao envelhecimento da população brasileira e suas consequências para o sistema de saúde e para a qualidade de vida da população idosa. No Brasil, são observados o crescimento acelerado da parcela muito idosa da população e o acúmulo de condições crônicas ^{4,5,6,7,8}. Em 2002, aproximadamente 85% dos idosos apresentavam pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 15% apresentavam, no mínimo, cinco morbidades ⁹.

A atenção domiciliar teria o potencial de ampliar o acesso aos serviços dos idosos com incapacidades, humanizar o cuidado e fortalecer o vínculo das equipes de saúde com a população. Além disso, poderia também diminuir tanto as complicações clínicas decorrentes da multimorbidade quanto as internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária à saúde ¹⁰. Também há o pressuposto da oferta de cuidados para uma morte digna e a integração às redes de atenção à saúde ^{3,4,11}.

No Brasil, a atenção domiciliar foi associada ao sexo feminino, baixo poder socioeconômico, doenças crônicas, incapacidade funcional e quedas ^{12,13}. A prevalência de atenção domiciliar foi objeto de estudos regionais verificando uma variação entre 3% e 28%, dependendo de características do modelo assistencial e da região do país ^{14,15,16}.

Apesar disso, ainda há escassez de estudos de abrangência nacional que avaliem o padrão de utilização da atenção domiciliar, permitindo estimar o desempenho dos serviços de saúde e subsidiar o planejamento e as políticas do setor, de modo a promover a equidade e otimizar recursos.

Nesse sentido, este artigo objetiva identificar a prevalência do recebimento de atenção domiciliar entre os idosos brasileiros e sua associação com os fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e utilização de serviços de saúde.

Metodologia

Estudo epidemiológico transversal de base populacional, com dados coletados entre agosto de 2008 e abril de 2009, de 6.624 idosos de 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana de 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 estados brasileiros. O estudo sobre a atenção domiciliar integra o projeto AQUARES, cujo objetivo foi avaliar o acesso e a qualidade da rede de atenção à saúde no Brasil.

A amostra apresenta poder estatístico pós-amostral superior a 80%, para estudos de associação, com nível de confiança de 95%, para todas as variáveis independentes, com exceção de cor da pele.

Para a localização da amostra representativa da população idosa brasileira foi realizado um processo amostral complexo em múltiplos estágios. Os 5.565 municípios brasileiros foram ordenados por tamanho da população urbana, com base no *Censo Demográfico* de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para a seleção sistemática dos municípios e setores censitários.

Os municípios foram classificados em uma planilha informatizada, por porte populacional, e um número aleatório foi escolhido para marcar o início da seleção. Em cada município selecionado foram excluídos os setores rurais e especiais (barracas, bases militares, hotéis e parque de campismo, navios, barcos, aldeia indígena, colônias penais, prisões e cadeias, asilos, orfanatos, conventos, seminários e hospitais). Os setores restantes foram ordenados de acordo com a renda média do chefe da família. No total, foram selecionados 638 setores censitários, número suficiente para localizar os 6.000 idosos, partindo do pressuposto de que cada setor teria em média 300 domicílios e uma concentração de 0,3 idoso em cada um.

Para a coleta de dados foi sorteado um ponto de partida ao interior de cada setor censitário. Para localizar dez idosos em cada setor, o “salto sistemático” foi de dez domicílios. Se ao completar o número de domicílios por setor e a cota ainda não tivesse sido alcançada, continuava-se o processo até completá-la.

O instrumento eletrônico, com questões precodificadas e previamente testado, foi inserido

no *Personal Digital Assistant* (PDA). Os dados coletados eram transmitidos via Internet à central de coordenação do estudo semanalmente. O uso do PDA também possibilitou a localização do domicílio da amostra por *Global Position System* (GPS). Cinco por cento de todas as entrevistas foram sorteadas para o controle de qualidade, realizado pelo supervisor de campo, em no máximo três dias após a primeira entrevista.

O desfecho “atenção domiciliar” foi investigado por meio da pergunta “O Sr(a). recebeu algum atendimento de saúde em casa desde três meses atrás?”. Foram considerados todos os atendimentos realizados no domicílio, de forma pontual ou permanente, por profissionais da área da saúde vinculados aos serviços públicos, particulares ou convênios, nos três meses que precederam a entrevista.

As variáveis independentes incluídas foram sexo, idade em anos completos (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 ou mais), cor da pele autorreferida (branca, preta, mestiça, indígena), classificação econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (A/B, C, D/E), escolaridade em anos completos (nenhum, 1 a 7, 8 ou mais), vive com companheiro (sim, não), diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (sim, não), queda no último ano (sim, não), hospitalização no último ano (sim, não) e consulta médica nos últimos três meses (sim, não).

As análises foram conduzidas no programa Stata 12.1 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos). A análise descritiva incluiu cálculo de média e respectivo desvio padrão (DP) para as variáveis numéricas. Foi verificada a distribuição proporcional e intervalos de 95% de confiança (IC95%) para as variáveis categóricas. Na análise bruta, a prevalência de atenção domiciliar foi calculada para cada variável independente e o teste qui-quadrado para heterogeneidade, e para tendência linear foram utilizados para identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p < 0,05$).

A análise ajustada objetivou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis com $p \leq 0,20$. A análise com ajuste robusto para variância foi realizada por regressão de Poisson¹⁷, com o cálculo das razões de prevalência ajustadas e valores de significância usando-se o teste de Wald de heterogeneidade e tendência linear, levando-se em consideração um modelo hierárquico que incluiu as variáveis em três níveis. No primeiro, como determinante distal, foram incluídas as variáveis sexo, idade, cor da pele, vive com companheiro, classificação econômica e

escolaridade; no segundo nível, as variáveis hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e quedas; e no terceiro, como determinante proximal, hospitalização e consulta médica.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e aprovado (ofício nº 152/07). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de dar início às entrevistas. Foram resguardados o direito de não participação e o anonimato dos pesquisados.

Resultados

Foram entrevistados 6.624 idosos, sendo 59% do sexo feminino. A média de idade foi de 70,9 anos (DP = 8,0), com variação de 60 a 104 anos, e 30,5% tinham 75 anos ou mais. A cor da pele branca foi autorreferida por dois quintos dos entrevistados, 37,8% não tinham nenhum ano de estudo e 58,1% viviam com companheiro. Quanto à classificação econômica, 17% dos idosos estavam na categoria A/B e 41,2% na D/E (Tabela 1).

Diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica foi referido por 51,9% e 16,9% apresentavam diabetes mellitus. No último ano, aproximadamente 28% dos idosos haviam sofrido, no mínimo, um episódio de queda.

A ocorrência de hospitalização foi de 11% (IC95%: 10,0-11,9) no último ano e praticamente metade da amostra teve acesso à consulta médica (46%; IC95%: 44,8-47,2) nos últimos três meses (Tabela 1). A prevalência de atenção domiciliar foi de 11,7% (IC95%: 10,9-12,5).

Na análise bruta praticamente todas as variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho ($p < 0,05$), com exceção de cor da pele ($p = 0,819$) (Tabela 2). A prevalência de atenção domiciliar aumentou linearmente com a idade, diminuindo em função do aumento da escolaridade e da situação econômica (Tabela 2).

Após análise ajustada, a probabilidade das mulheres receberem atenção domiciliar foi 1,4 vez maior quando comparada aos homens. Em relação à idade, manteve-se o aumento linear, sendo a probabilidade 1,85 vez maior para idosos com mais de 80 anos quando comparados ao grupo de 60 a 64 anos. Não ter nenhum ano de estudo aumentou em 2,2 vezes a probabilidade de recebimento de atenção domiciliar, quando comparados com idosos que tinham oito anos ou mais de estudos. O recebimento de atenção no domicílio foi cerca de 30% maior nas classes econômicas mais pobres, em comparação aos

Tabela 1

Descrição da amostra populacional de idosos conforme características demográficas, socioeconômicas, morbidades e utilização de serviço de saúde. Brasil, 2009 (N = 6.624).

Variável	n	%
Sexo (n = 6.616)		
Feminino	3.902	59,0
Masculino	2.714	41,0
Idade (anos) (n = 6.601)		
60-64	1.661	25,2
65-69	1.647	24,9
70-74	1.283	19,4
75-79	968	14,7
80 ou mais	1.042	15,8
Cor da pele autorreferida (n = 6.456)		
Branca	2.604	40,3
Preta	376	5,8
Mestiça	3.412	52,9
Indígena	64	1,0
Escolaridade (anos completos) (n = 6.538)		
Nenhum	2.470	37,8
1-7	2.962	45,3
8 ou mais	1.102	16,9
Vive com companheiro (n = 6.614)		
Sim	3.843	58,1
Não	2.771	41,9
Classificação econômica (ABEP) (n = 6.346)		
A/B	1.079	17,0
C	2.650	41,8
D/E	2.617	41,2
Hipertensão arterial sistêmica (n = 6.580)		
Sim	3.412	48,1
Não	3.168	51,9
Diabete mellitus (n = 6.582)		
Sim	1.110	16,9
Não	5.472	83,1
Queda (n = 6.580)		
Sim	1.817	27,6
Não	4.766	72,4
Hospitalização (n = 6.592)		
Sim	732	11,1
Não	5.860	88,9
Consulta médica (n = 6.590)		
Sim	3.029	46,0
Não	3.561	54,0

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

idosos da classe A/B. A associação entre atenção domiciliar e “viver com companheiro” perdeu a significância após o ajuste para as variáveis do mesmo nível (Tabela 2).

As associações com morbidades crônicas foram mantidas, e a probabilidade de receber atenção domiciliar entre os idosos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e de

Tabela 2

Prevalência de assistência domiciliar na população idosa, análises bruta e ajustada de acordo com características demográficas, socioeconômicas, morbidades e utilização de serviço de saúde. Brasil, 2009 (N = 6.624).

Variável	Análise bruta			Análise ajustada	
	%	RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Sexo *			< 0,001		< 0,001
Masculino	9,1	1,00		1,00	
Feminino	13,4	1,45 (1,26-1,67)		1,42 (1,23-1,64)	
Idade (anos) *			< 0,001 **		< 0,001 **
60-64	9,1	1,00		1,00	
65-69	10,2	1,11 (0,90-1,37)		1,07 (0,87-1,33)	
70-74	10,1	1,11 (0,88-1,38)		1,04 (0,83-1,31)	
75-79	13,3	1,45 (1,16-1,81)		1,34 (1,07-1,68)	
80 ou mais	18,8	2,06 (1,69-2,50)		1,85 (1,50-2,27)	
Cor da pele autorreferida *			0,819		0,766
Branca	11,3	1,00		1,00	
Preta	12,3	1,09 (0,81-1,46)		0,92 (0,68-1,25)	
Mestiça	11,9	1,06 (0,91-1,22)		0,94 (0,80-1,08)	
Indígena	9,8	0,87 (0,40-1,87)		0,78 (0,37-1,62)	
Escolaridade (anos completos) *			< 0,001 **		< 0,001 **
8 ou mais	5,6	1,00		1,00	
1-7	10,6	1,89 (1,45-2,47)		1,65 (1,24-2,20)	
Nenhum	15,8	2,83 (2,18-3,67)		2,18 (1,61-2,94)	
Vive com companheiro *			< 0,001		0,625
Sim	10,3	1,00		1,00	
Não	13,6	1,32 (1,16-1,51)		0,96 (0,83-1,12)	
Classificação econômica (ABEP) *			< 0,001 **		0,059 **
A/B	7,1	1,00		1,00	
C	11,5	1,62 (1,27-2,06)		1,32 (1,03-1,71)	
D/E	14,1	1,98 (1,56-2,51)		1,37 (1,05-1,79)	
Hipertensão arterial sistêmica ***			< 0,001		< 0,001
Não	9,0	1,00		1,00	
Sim	14,1	1,57 (1,37-1,80)		1,39 (1,20-1,61)	
Diabete mellitus ***			< 0,001		< 0,001
Não	10,7	1,00		1,00	
Sim	16,6	1,55 (1,34-1,81)		1,42 (1,21-1,66)	
Queda ***			< 0,001		< 0,001
Não	10,8	1,00		1,00	
Sim	14,2	1,32 (1,15-1,52)		1,12 (0,97-1,30)	
Hospitalização #			< 0,001		< 0,001
Não	10,7	1,00		1,00	
Sim	19,9	1,87 (1,58-2,20)		1,63 (1,38-1,94)	
Consulta médica #			< 0,001		< 0,001
Não	10,0	1,00		1,00	
Sim	13,7	1,38 (1,21-1,57)		1,31 (1,14-1,50)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* Análise ajustada para variáveis do primeiro nível;

** Teste Wald de tendência linear;

*** Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e nível 1;

Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis 1 e 2.

diabetes foi cerca de 40% maior, em comparação àqueles sem estes problemas. Entre os idosos que referiram queda no último ano a probabilidade aumentou em 12% (Tabela 2).

A hospitalização no último ano aumentou em 1,6 vez a probabilidade de receber atendimento domiciliar. Entre aqueles que consultaram o médico nos últimos três meses a probabilidade foi 30% maior (Tabela 2).

Discussão

Na população idosa residente na zona urbana de 100 municípios brasileiros das cinco regiões geopolíticas e de diferentes portes populacionais, a prevalência de atenção domiciliar foi de 11,7%, achado similar ao observado em 2008 entre idosos moradores na área urbana de Bagé, Rio Grande do Sul (10%)¹⁸. Entretanto, estudos de prevalência ainda são escassos e os valores observados mostram grande variabilidade regional. Em um trabalho realizado em 2005, com 4.006 idosos em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste, o recebimento de atenção domiciliar variou de 3% a 20%, com as melhores coberturas observadas em áreas da Estratégia Saúde da Família (ESF)^{14,15,16}.

As mulheres apresentaram maior probabilidade de recebimento de atenção domiciliar, corroborando achados de estudos de base populacional e de base de serviços^{16,18}. Esse fato pode estar relacionado à maior longevidade associada ao sexo feminino e ao incremento nas taxas de incapacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento¹⁹, explicando também o aumento linear de recebimento de assistência domiciliar em função da idade. Em sintonia com a definição da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que considera frágeis os indivíduos com 75 anos ou mais², o recebimento de atenção domiciliar foi significativamente maior a partir desta faixa etária, sendo 85% maior após os 80 anos, em comparação aos idosos entre os 60 e 65 anos. O aumento expressivo, em termos absolutos e relativos, do contingente de idosos com 80 anos ou mais^{15,19,20} amplia o significado desse achado para os serviços de saúde, particularmente na ESF.

Por outro lado, a maior prevalência de atenção domiciliar entre idosos com menor escolaridade e das classes econômicas mais pobres resulta essencialmente da expansão da ESF em áreas com população mais vulnerável^{14,15,16,21,22,23}. A equidade resultante dessa ação de saúde é particularmente relevante se considerarmos que cerca de 2/5 dos idosos estudados não haviam frequentado a escola. A baixa escolaridade nesse grupo populacional é um dos problemas a serem enfrentados pelas políticas públicas do país, considerando, entre

outros aspectos sociais positivos, seu significado na redução do déficit cognitivo, que tende a ser maior entre idosos com menor escolaridade^{24,25}.

A presença de condições crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) aumentou em cerca de 40% a probabilidade de recebimento de atenção domiciliar entre os idosos. Esse achado é similar ao de outros trabalhos^{14,15,16,22}, sendo justificado em função da maior necessidade de saúde e, em consequência, de utilização de serviços, decorrente das condições crônicas. A literatura também destaca a associação entre baixa escolaridade e condições crônicas, particularmente expressas em multimorbidades^{6,25,26,27}, aumentando a complexidade dos desafios tanto de expansão da atenção domiciliar na rede de atenção à saúde do SUS quanto de sua efetividade, em contextos de maior vulnerabilidade social^{20,22,23,24,25,26,27,28,29,30}.

Embora no limite do intervalo de confiança, a ocorrência de queda no último ano aumentou em 12% o recebimento de atenção domiciliar. Esse achado coincide com o de outros estudos^{14,15}, sendo a imobilidade, as fraturas e a incapacidade funcional, eventualmente decorrentes das quedas, situações que podem aumentar a demanda por atenção no próprio domicílio. Além disso, há evidências de que as quedas estão entre os principais motivos de internações hospitalares na população idosa^{31,32,33}.

O histórico de hospitalização no último ano mostrou forte associação com atenção domiciliar, entretanto, não foi investigado o motivo da hospitalização, podendo ser considerada uma das limitações deste trabalho. Idosos que receberam atenção hospitalar poderão se beneficiar da atenção domiciliar como uma estratégia de cuidado complementar ou até mesmo substitutiva²¹, considerando suas necessidades de saúde, resultantes de condições crônicas, fragilidade ou incapacidade funcional³⁴. Considerando as altas prevalências de morbidades crônicas e a multimorbidade que ocasionam maior risco de morte e de declínio funcional na população idosa^{35,36}, seria esperado um maior acompanhamento no domicílio de idosos com estas características².

Ter consultado o médico nos últimos três meses aumentou em 30% a probabilidade de receber atenção domiciliar. Neste trabalho, também não foi investigado o motivo da consulta médica, sendo mais um limitador para identificar a relação entre a consulta médica e o recebimento de atenção domiciliar. Um estudo realizado em 2005, verificou que idosos portadores de condições crônicas utilizavam menos a unidade básica de saúde com o aumento da idade, sinalizando a importância da criação de estratégias que garantam o acesso aos cuidados de saúde destes idosos³⁷ como, por exemplo, a atenção no domicílio.

A utilização do domicílio como ambiente terapêutico tem sido incentivada por políticas públicas nos países ocidentais e no Brasil, nos últimos anos. Sua expansão está fortemente vinculada com o crescimento da cobertura da ESF, reforçando a importância da organização da atenção básica. A iniciativa estimula a reorganização de políticas municipais que invistam no resgate do espaço domiciliar para o cuidado das pessoas²⁸.

Os achados identificam os indivíduos que mais usam e se beneficiam com o recebimento de atenção à saúde no domicílio, podendo subsidiar a política nacional da atenção domiciliar e a organização dos serviços.

A abrangência nacional se destaca como potencialidade deste estudo, realizado em 23 estados brasileiros, em amostra representativa da população urbana, residente em municípios de diferentes portes populacionais, nas cinco regiões geopolíticas brasileiras.

Recomenda-se que próximos estudos avaliem a conformidade da rede de atenção à saúde na continuidade deste cuidado, identificando se o acesso à atenção domiciliar foi a partir da atenção básica, de serviços de pronto atendimento ou após hospitalizações, no intuito de contribuir com a organização da rede de serviços à saúde e conhecer o itinerário terapêutico em um país com diversidades regionais e culturais, em um contexto de mudanças demográficas e epidemiológicas.

A atenção domiciliar em sua moderna concepção é uma poderosa ferramenta de gestão em saúde²¹, portanto, é fundamental continuarmos a estudá-la, discuti-la e aperfeiçoá-la, ampliando assim, o seu atendimento a diversas patologias e beneficiando um número cada vez maior de pessoas.

Colaboradores

L. S. Wachs participou da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. B. P. Nunes participou da análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. M. U. Soares participou da interpretação dos dados e redação do artigo. L. A. Facchini participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. E. Thumé participou do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro.

Referências

1. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AM. Evolução das desigualdades sociais entre idosos e adultos brasileiros: um estudo brasileiro na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD, 1993, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:941-50.
2. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19).
3. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
4. Alves LC, Leite IC, Machado CG. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:468-78.
5. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17:250-7.
6. Machado VSS. Fatores associados com multimorbidades e autopercepção de saúde em mulheres com 50 anos ou mais: estudo de base populacional no Município de Campinas/SP [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2013.
7. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:955-64.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2297-305.
9. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
10. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 25 ago.
11. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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* 2011; 28 out.
12. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3755-68.
13. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giattil L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.
14. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:1102-11.
15. Facchini LA, Thumé E, Texeira VA, Rodrigues MA, Piccini RX. Atenção domiciliar a idosos no Sul e Nordeste do Brasil. In: *Anais da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/cc.pdf>.
16. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:657-67.
17. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
18. Thumé E. Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2010.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
20. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein (São Paulo)* 2008; 6 Suppl 1:S4-6.
21. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 963, 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 28 mai.
22. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health* 2011; 101: 868-74.
23. Facchini LA, Piccini, RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
24. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva* 2007; 4:135-40.
25. Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16: 880-8.
26. Silva SA. Depressão e incapacidade funcional nos idosos: um estudo de base populacional [Tese de Doutorado]. São Paulo: Programa de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2013.
27. Macêdo AML, Cerchiari NA, Alvarenga MRM, Facendo O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm* 2012; 25:358-63.
28. Silva KL, Sennal RR, Seixas CT, Feuerwerker LC, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno assistencial. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:166-76.

29. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2012.
30. Noguera JMS, Bastús BN, Guadaño NM, Montserrat RR, Cantero MM, Lancho LS. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliar del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:581-94.
31. Ottenbacher KJ, Ostir GV, Peek MK, Snih AS, Raji MA, Markides KS. Frailty in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:1524-31.
32. Kamenski G, Fimk W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7:55.
33. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koisumi MS. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50:97-103.
34. Leal SMC, Lopes MJM. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. *Ciênc Cuid Saúde* 2006; 5:309-16.
35. Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbidade por causas externas na população idosa residente em município da Região do Sul do Brasil. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14:17-24.
36. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van DenBos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:661-74.
37. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:604-12.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the prevalence of home care for the Brazilian elderly population and associated factors, using a cross-sectional design with a sample of individuals 60 years or older living in the urban areas of 100 municipalities located in 23 states. A Poisson regression model was used for crude and adjusted analyses. A total of 6,624 elderly individuals were interviewed, and prevalence of home care was 11.7%. After adjustment, higher home care rates were associated with female gender, older old age, lower schooling and purchasing power, diagnosis of chronic illness, history of falls, previous hospitalization, and medical consultation in the previous three months. The results highlight more extensive use of home care by the most vulnerable elderly. This finding suggests a contribution from home care to the promotion of healthcare equity in Brazil, especially due to the expansion of the Family Health Strategy. The results can support the organization of the work process for primary care professionals and managers.

Home Nursing; Health Services; Aged

Resumen

Evaluar la prevalencia y los factores asociados a la asistencia domiciliar en la población de la tercera edad brasileña. Estudio transversal de base poblacional con individuos de 60 años o más, residentes en el área urbana de 100 municipios, localizados en 23 estados brasileños. Se utilizó el modelo de regresión de Poisson para el análisis bruto y ajustado. Se entrevistaron a 6.624 ancianos y la prevalencia de la asistencia domiciliar fue de un 11,7%. Tras el ajuste la ocurrencia fue mayor entre las mujeres, los más viejos, con menor escolaridad y poder adquisitivo, con un diagnóstico de morbilidad crónica, historial de caídas, hospitalización previa y consulta médica en los últimos tres meses. Los resultados destacan la mayor utilización de la asistencia domiciliar por ancianos más vulnerables. Este hallazgo indica una contribución de la asistencia domiciliar a la promoción de la equidad en la atención a la salud en el país, principalmente derivada de la expansión de la Estrategia Salud de la Familia. Los resultados pueden subsidiar la organización del proceso de trabajo de profesionales y gestores en la atención básica a la salud.

*Atención Domiciliar de Salud;
Servicios de Salud; Anciano*

Recebido em 27/Mar/2015

Versão final rerepresentada em 22/Jun/2015

Aprovado em 01/Jul/2015