

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Caderno de Atenção

Domiciliar

Volume 1

BRASÍLIA – DF

ABRIL - 2012

CAPÍTULO 4

INDICAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR E A ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

1. Introdução

Ao abordar um usuário do SUS, em qualquer momento da atenção, o primeiro questionamento que o profissional deve fazer é se o atendimento prestado pode ser resolutivo naquela esfera de assistência e se consegue responder a demanda de forma integral. Não raro, existem pacientes que estão em serviços de urgência/emergência ou em hospitais e que teriam sua condição perfeitamente cuidada na atenção básica ou na atenção especializada ambulatorial. Desta forma, deve-se priorizar o acesso aos serviços que garantirão o cuidado adequado dentro das necessidades do usuário, com existência da articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde.

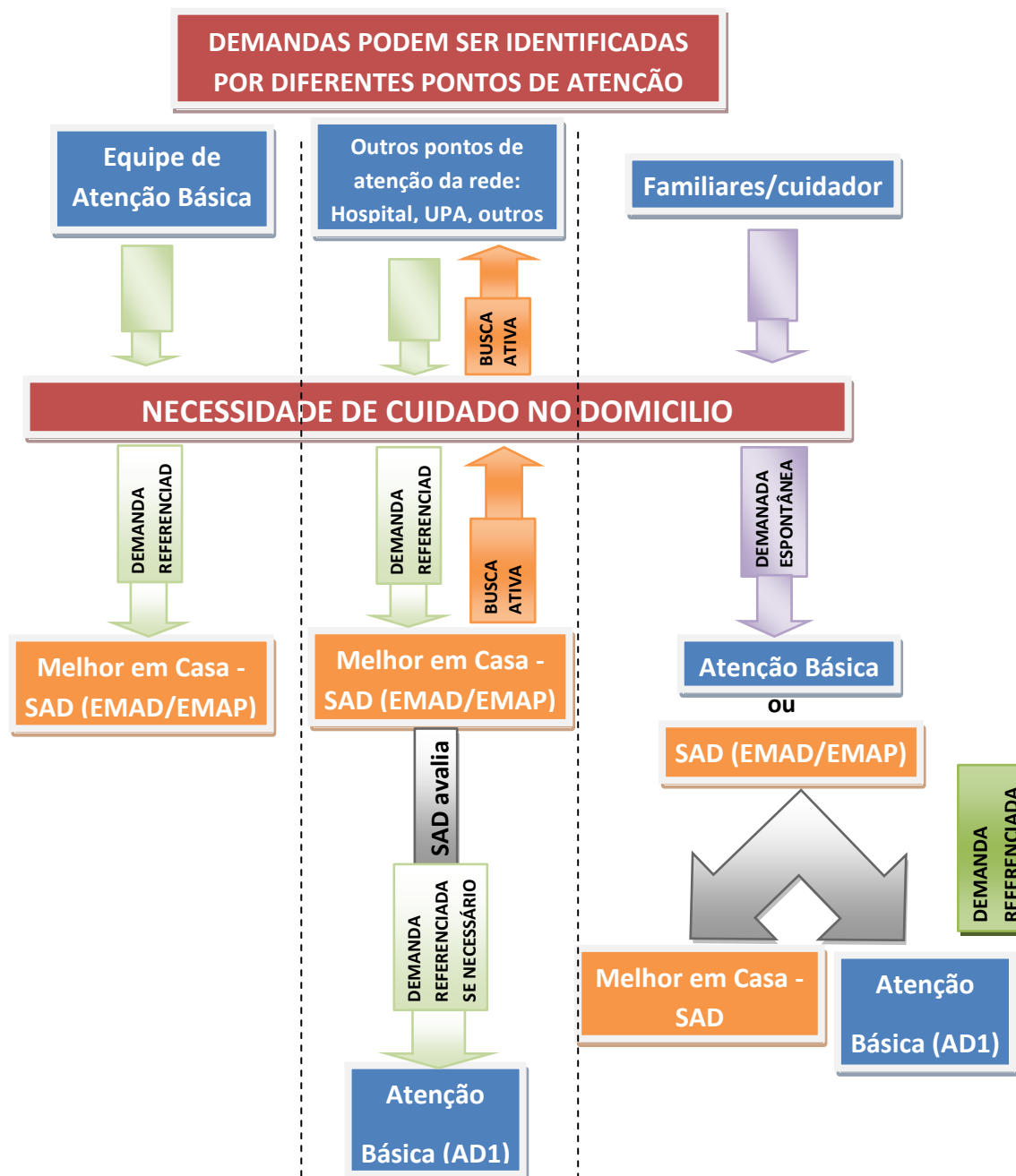
A possibilidade dos serviços de atenção básica, hospitalares e de urgência/emergência indicarem a inserção de um paciente num Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (EMAD/EMAP) está envolvida em um triplo desafio: primeiro, o próprio entendimento de que alguns pacientes podem ser cuidados com qualidade e resolutividade no domicílio; segundo, conhecer os critérios que devem ser observados para que a atenção domiciliar – AD seja indicada, isto é, identificar quais pacientes se beneficiariam de cuidados domiciliares em detrimento de outras modalidades de cuidado; e terceiro, a definição da modalidade de AD na qual o paciente se insere.

Neste capítulo do Caderno de Atenção Domiciliar, serão discutidas questões importantes com o objetivo de apoiar os serviços e equipes que compõem a rede de atenção em lidar com estes desafios.

2. Identificando o Usuário:

Como a indicação da atenção domiciliar perpassa toda a rede, cada serviço deverá estar apto a identificar o usuário elegível para a AD. Assim, as estratégias de captação acontecem de acordo com os serviços que podem ser “porta de entrada” para a AD, conforme sistematizado no esquema abaixo:

FLUXO DE CAPTAÇÃO:



A indicação da AD e a consequente solicitação de inclusão num SAD (AD2 e AD3) ou na AB (AD1) tem por origem: serviços de urgência e emergência (UPA, SPA, outros), hospitais (Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias), UBS, ambulatórios de especialidades, requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, por familiares e vizinhos. Essa solicitação deverá obedecer às rotinas e protocolos da AD.

Desta forma, pode-se elencar três formas de acessar o SAD:

a) Indicação da AD pelos serviços que compõem a rede de atenção:

Através de fluxos e protocolos previamente pactuados, os serviços que compõem a rede de atenção podem indicar a AD e “encaminhar” o paciente para o SAD, que pode ser realizado a partir de **instrumentos padronizados**.

Estes devem conter informações básicas e indispensáveis a continuidade do cuidado ao paciente: dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio, estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades frente à especificidade de cada paciente (como as de ordem social).

Este tipo de acesso está relacionado, em grande medida, à alta hospitalar ou encaminhamento para o SAD a partir dos serviços de urgência/emergência. Dessa forma, deverá ocorrer sistematicamente o contato do SAD com o ponto de atenção demandante para que a alta do paciente esteja atrelada à avaliação do SAD. Nestes casos, considera-se que a alta é programada e, portanto, devemos considerar as seguintes questões:

- Quando relacionado às portas de urgência/emergência (UPA, por exemplo), reduz hospitalizações, assim como a superlotação destas “portas” com pacientes aguardando internação hospitalar, sendo importante ressaltar a necessidade de agilidade do SAD para avaliação e admissão dos pacientes;
- A família sempre deverá ser bem informada e consultada a respeito da possibilidade de atenção domiciliar, como continuidade ao tratamento do paciente após alta hospitalar ou a partir de um serviço de urgência/emergência. Se de acordo, dentro do possível e dependendo das necessidades do usuário, a equipe do SAD fará visita prévia no domicílio (visita de ambiência), com a finalidade de verificar suas condições e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares, realizando orientações pertinentes;
- Quando a alta do paciente é adiada por algum motivo (piora do quadro clínico), o SAD deve ser comunicado para reagendar uma nova data de avaliação, não ocasionando visitas desnecessárias.

OBS: Instituições de acolhimento institucional ou de longa permanência para idosos: esta pode ser o “serviço demandante”; trata-se de uma situação especial

que deve ser avaliada, alertando-se para a possibilidade de alternativas de atenção domiciliar que não seja no domicílio tradicional.

b) Demanda espontânea:

É possível que os próprios familiares acessem o SAD através do contato telefônico ou através da procura direto na sede. Esta forma de acesso pode ser comum, mas deve ser reconhecida como uma “situação analisadora”, que indica, talvez, dificuldade no acesso do paciente a outros serviços de saúde (atenção básica, por exemplo) ou falhas na comunicação destes serviços com o SAD.

Cabe ressaltar que as equipes de AD devem sistematicamente, através de levantamentos de dados estatísticos, frente aos casos de demanda espontânea, provocar discussões com os serviços de saúde do território a fim de estabelecer (ou restabelecer) os fluxos assistenciais, pois se espera que este tipo de acesso ocorra de forma ocasional. Considerando estes eventos como “situações analisadoras”, pode-se considerar o SAD como um “Observatório do Sistema”.

c) Busca ativa:

Além dessas duas formas de acesso, o paciente pode ser inserido em AD através da busca ativa. As equipes de AD devem organizar seu processo de trabalho para realizar visitas, pactuadas com as gerências e equipes de saúde destes serviços, com o objetivo de reconhecer os pacientes que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio.

A busca ativa se configura num processo de educação permanente no qual os sucessivos contatos entre o SAD e os profissionais dos serviços potencialmente “porta de entrada” da AD possibilitam a divulgação e pactuação dos protocolos, além de sua reformulação, auxiliando que a busca ativa se torne cada vez menos necessária.

Quando a solicitação for do primeiro tipo, será encaminhada ao SAD, mesmo se houver contato telefônico ou pessoal, através de **instrumento padronizado**. A solicitação deve ser detalhada, contendo as condições de saúde e doença do paciente com histórico, prescrições, exames e intercorrências. O registro do pedido de inclusão em algum instrumento é importante e só será substituído quando a solicitação puder ser feita de forma eletrônica (prontuário eletrônico, por exemplo).

A equipe receberá o encaminhamento do paciente e agendará a **entrevista pré-admissional**, prestando esclarecimentos sempre que necessário quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes. Nos casos mais complexos poderá ocorrer **visita**

prévia ao paciente ainda em internação hospitalar, com a elaboração da alta programada.

Após entrevista e visita pré-admissional, o membro da equipe aplicará os critérios de inclusão e exclusão, e em conjunto com a equipe, definindo se o paciente será admitido ou não.

Se o paciente não contemplar os critérios de admissão no SAD, deverá ser informada à família e ao Serviço Solicitante a justificativa da não admissão e juntamente com encaminhamento pertinente a cada caso.

Caso haja a decisão de incluir a pessoa na AD, será agendada a **primeira visita para avaliação do paciente e admissão no SAD**. Esta primeira visita domiciliar preferencialmente deverá ser realizada pela EMAD completa, visando avaliação conjunta para elaboração do plano terapêutico.

Além da assinatura do termo de **Consentimento Livre Esclarecido** realizado pelo paciente ou pelo familiar no momento da admissão na AD, a equipe deve informar ao paciente/família/cuidador, cotidianamente, acerca do(a):

- Dias e horários de funcionamento e de visitas da equipe;
- Participação da Família;
- Importância da presença de um cuidador;
- Equipe de Referência, com todos os contatos telefônicos e endereços;
- Orientação para casos de urgência, e acionamento do SAMU;
- Atendimento ao óbito que ocorrer no domicílio: a declaração de óbito deverá ser fornecida pelo médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica que estiver disponível na ocasião, após comunicação e constatação do óbito do paciente cadastrado e acompanhado, excetuando-se os casos suspeitos de morte violenta.

Em todas as condições, é essencial a articulação estreita entre os pontos de atenção. Esta articulação é mediada por várias instâncias e mecanismos, tais quais, **regulação estruturada**, o estabelecimento de **protocolos clínicos** e de **acesso**, que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade a qual o paciente estará inserido e instrumentos que facilitem a comunicação entre as equipes e os serviços.

O processo de construção e pactuação de fluxos pode ser estabelecido de diversas formas e seu maior enfoque é garantir a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência prestada. Alguns caminhos e fluxos que podem ser desenhados, de acordo com as condições específicas:

- A equipe de atenção básica pode identificar, através das visitas domiciliares, a necessidade de acompanhamento no domicílio para um idoso acamado em decorrência de seqüela de AVC, com quadro clínico controlado e compensado. Este cuidado será prestado pela própria equipe, na modalidade AD1;

- Pacientes já acompanhados em seus lares pelas Equipes de Atenção Básica, que necessitem cuidados de maior intensidade e frequência, não passíveis de serem efetuados pela equipe na modalidade AD1. Esta equipe pode acionar a EMAD do seu território de abrangência para avaliação e discussão do caso e, se necessário, haver migração para as modalidades AD2 ou AD3 e início do cuidado por uma EMAD;

- O cuidado no domicílio pode ser demandado pela família do paciente, que recebeu alta hospitalar e tem indicação de concluir/continuar o plano de cuidados em casa, inserido na modalidade AD1, sob os cuidados da equipe de Atenção Básica do seu território. Esta é uma situação comum, mas o ideal seria que a equipe do hospital faça o contato com a Equipe de Atenção Básica, discuta o quadro e a conduta sugerida, garantindo um retorno seguro para o domicílio;

- Um Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar pode identificar um recém nascido com baixo peso, que necessite de um acompanhamento multiprofissional no domicílio, sinalizando esta demanda à Equipe de Atenção Básica, que conseqüentemente acionará os cuidados da EMAD do território, se necessário, ocorrendo o partilhamento do cuidado;

- Outra forma seria um politraumatizado que dá entrada numa UPA, mas que tem condições de ter os cuidados necessários realizados no domicílio, podendo ser inserido na modalidade AD2 ou AD3 e passar a ser cuidado por uma EMAD com apoio de uma EMAP, se necessário. Este mesmo paciente, uma vez com quadro clínico estável, poderá ter a continuação do seu cuidado realizado pela atenção básica, migrando assim para modalidade AD1;

- Ainda pode existir a situação de um serviço de referência (ex: de oncologia) encaminhar o paciente para o Serviço de Atenção Domiciliar a fim de assegurar a continuidade dos cuidados paliativos no ambiente domiciliar;

- Desospitalização responsável de usuário com estabilidade clínica que necessita de acompanhamento contínuo, indicado pela equipe hospitalar e encaminhado diretamente ao Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (EMAD e EMAP), na modalidade AD2 ou AD3.

Assim, no processo de trabalho das equipes de Atenção Domiciliar devem existir ações que contemplem estratégias de captação, como comunicação com os serviços de saúde, busca ativa e, quando couber, avaliação dos pacientes nas unidades em que estes se encontram (unidade de pronto atendimento e hospital), identificando os pacientes elegíveis para a AD.

A possibilidade de migração entre as modalidades de atenção domiciliar é extremamente importante na redução das taxas de reinternação hospitalar e na procura às urgências, o que impacta diretamente na otimização dos fluxos na rede, além da resolutividade do cuidado.

3. Critérios e Condições de inclusão: elegibilidade na Atenção Domiciliar

Critérios e condições de elegibilidade são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente na atenção domiciliar.

A Portaria GM 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar do âmbito do SUS, orienta a organização do atendimento domiciliar em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), pautadas no grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessária para o cuidado a ser prestado. Desta forma, os critérios de elegibilidade para a AD se confundem com os critérios que definem a inclusão em cada uma das modalidades.

Podemos dividir os critérios de elegibilidades em clínicos e administrativos:

Os **critérios clínicos** dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os **critérios administrativos** se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado. Destacam-se os seguintes:

- Residência no território de cobertura da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, e da equipe de atenção básica, na modalidade AD1. Este critério pode ser relativizado em situações limítrofes (fronteiriças);
- Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do **Termo de Consentimento Informado**;
- Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional;

Outros não descritos na Portaria 2.527:

- Concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na Atenção Básica, Serviço de Urgência e Emergência ou Hospital, através de protocolo ou instrumento de contra-referência, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário;
- Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige;
- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários;

A ANVISA (2006) estabelece como critérios de inclusão para a atenção domiciliar, e que se enquadram na categoria de critérios administrativos, os seguintes quesitos:

- Suprimento de água potável;
- Fornecimento de energia elétrica;
- Meio de comunicação de fácil acesso;
- Facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

Todas as possibilidades devem ser consideradas em relação às necessidades da população atendida, cada caso deverá ser contemplado de forma individualizada e inclusiva. Ressalta-se que estes critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se a singularidades do paciente e suas necessidades, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las.

Existem **situações especiais**, que requerem avaliação caso a caso e definição conjunta da equipe quanto à inclusão:

- ✓ Alto grau de dificuldade no acesso ao local de atendimento ou de insegurança para a equipe;
- ✓ Ausência de condições ambientais e de higiene necessárias para o cuidado/tratamento;
- ✓ Quando o paciente está em acompanhamento na modalidade AD1, não há diagnóstico prévio fechado, mas estado clínico que indique a Atenção

Domiciliar na modalidade AD2 ou AD3, a EMAD poderá admitir até que haja estabilização suficiente para devolver o paciente aos cuidados da AD1.

Obs: Casos não relacionados acima serão discutidos e avaliados pela equipe.

Apesar da importância dos protocolos e documentos que disciplinam os critérios de elegibilidade para a AD, é importante que as equipes os submetam, de forma crítica, à realidade concreta, a partir da experiência acumulada na prática cotidiana.

O quadro abaixo sintetiza os principais critérios para identificação das modalidades de atenção domiciliar:

Quadro 1: Modalidades de Atenção Domiciliar

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	<ul style="list-style-type: none"> - problemas de saúde controlados/compensados; - dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; - frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de 1 visita/mês - dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). 	Equipe da Atenção Básica	Habitualmente continua
AD2	<ul style="list-style-type: none"> - problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; - que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; - Necessidade de, pelos menos, 1 visita/semana; 	EMAD + EMAP	Habitualmente temporário, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente p/ cuidados em AD1
AD3	<ul style="list-style-type: none"> - semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos/procedimentos especiais; 	EMAD + EMAP	Habitualmente continua

Para saber mais:

➤ Portaria GM 2.527 de 27 de outubro de 2011

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html

- ✓ Mudança de área de abrangência, devendo o mesmo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio;
- ✓ Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio;
- ✓ Não aceitação do acompanhamento;
- ✓ Recuperação das condições de deslocamento até a Unidade de Saúde;
- ✓ Piora clínica que justifique internação hospitalar;
- ✓ Cura;
- ✓ Óbito.

Para desligamento, é necessário haver ampla discussão do caso com toda equipe multidisciplinar.

Importante destacar que nem todos os pacientes necessitam de cuidador, apesar de necessitarem de AD. Um exemplo seria um paciente cadeirante que mora só e tem autonomia para as suas atividades, necessitando de ajuda esporádica dos vizinhos. Mesmo não tendo cuidador, poderia ser acompanhado pela equipe no domicílio por ser difícil seu deslocamento à UBS.

Alguns critérios são abordados na Portaria GM 2.527 de 27 de outubro de 2011.

3.2 Critérios de Alta / Saída da Atenção Domiciliar

Segundo a ANVISA (2006), a alta da atenção domiciliar e o “ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito” (ANVISA, 2006).

Para a alta do Serviço de Atenção Domiciliar, é necessária a avaliação clínica e discussão do caso entre a equipe, observando os critérios a seguir:

- ✓ Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica;
- ✓ Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- ✓ Mudança da área de abrangência;
- ✓ Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- ✓ Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- ✓ Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;

- ✓ Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- ✓ Óbito.

É importante, na discussão sobre os critérios de alta da AD, conceituar o termo “Alta para AD1”, incluído no sistema de informações do Melhor em Casa (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar - RAAS-AD) como possibilidade de destino do paciente após deixar de ser cuidado pelo SAD (AD2 e AD3).

A terminologia “**Alta para AD1**” foi proposta reconhecendo e enfatizando a possibilidade – e necessidade – de que um paciente em AD seja encaminhado para a AB, de forma articulada, com o objetivo de que o cuidado no domicílio seja continuado pelas equipes de atenção básica. Isto é, um paciente que está sendo acompanhado por uma EMAD (SAD), inserido na modalidade AD2 ou AD3, pode ter sua condição clínica melhorada e, portanto, passível de ser acompanhada por uma equipe de atenção básica na atenção domiciliar modalidade AD1.

Este conceito é coerente com a definição da RDC nº 11 de 2006 (ANVISA, 2006), que estabelece a “alcance da estabilidade clínica” como critério de alta. Assim, o paciente que estava sendo acompanhado por um SAD (EMAD), mas que ainda necessita de acompanhamento no domicílio, deve ser encaminhado para a atenção básica (AD1).

Por fim, é importante que as equipes que a Rede de Atenção à Saúde domine os critérios de elegibilidade para a AD, bem como os critérios que caracterizam os pacientes de acordo com as modalidades AD1, AD2 e AD3. A partir destes critérios, de protocolos de serviços de atenção domiciliar e da prática acumulada pelas equipes, pode-se traçar um perfil dos pacientes elegíveis para a AD com o objetivo de auxiliar o conjunto das equipes e serviços na sua identificação. Isso é fundamental para potencializar a articulação do SAD em rede, no aumento da resolutividade e na identificação/indicação do paciente elegível para a AD.

A seguir, alguns perfis prevalentes na AD:

- ✓ Pacientes com processos crônicos reagudizados (cardiopatias, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, doenças terminais);

- ✓ Pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia);
- ✓ Pacientes em tratamento de grandes úlceras;
- ✓ Pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas);
- ✓ Pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar;
- ✓ Pacientes em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de agosto de 2009.

_____. GABINETE DO MINISTRO. 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. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar [legislação na Internet]. Brasília; 2006. Acessado em 05 de julho de 2012. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf

YAMAGUCHI, Angélica Massako et al. Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar. NADI /HC-FMUSP – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole, 2010.

GONÇALVES, Amanda; CUNHA, Cláudia; TORRES, Flávia; SILVEIRA, Priscila; MOREIRA, Flaviano. Perfil dos usuários do sistema único de saúde no campus Dr. Franklin Olivé Leite. Trabalho apresentado no XVIII Congresso de Iniciação Científica, o XI Encontro de Pós-Graduação e a I Mostra Científica realizados pela Universidade Federal de Pelotas/RS nos dias 20, 21, 22 e 23 de outubro de 2009.

MAGNAGO, R. F.; MOREIRA, D. S.; CUNHA, Luissaulo; SAKAE, T. M. Perfil dos usuários do posto de Saúde da Família do bairro Humaitá, Tubarão – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, no. 2, de 2009.

MARTINS, S. K. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira. Curitiba, 2006.124 p

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. Acta Paulista de Enfermagem 2011; 24(5): 689-94.